



AMADEU MATOS GONÇALVES

**AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM ESTUDANTES  
DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO: PREVALÊNCIA E  
FATORES ASSOCIADOS**

Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem

2014

AMADEU MATOS GONÇALVES

# **AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS**

Tese de Candidatura ao Grau de Doutor em Ciências de  
Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas  
Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora:

Prof<sup>a</sup> Doutora Paula Maria Figueiredo Pinto de Freitas  
Professora Auxiliar  
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar  
Universidade do Porto

Coorientador:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira  
Professor Coordenador  
Escola Superior de Enfermagem do Porto



### **Financiamento/Apoios:**

O projeto desta investigação foi submetido à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (MCTES), foi aprovado e financiado no âmbito do programa especial de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC).

**Referência da Bolsa:**

**SFRH/BD/50077/2009**





**“O suicida na verdade não se quer matar  
mas quer matar a sua dor...”**

(...) Posso ter defeitos, viver ansioso e ficar irritado algumas vezes, mas não esqueço que a minha vida é a maior empresa do mundo e que posso evitar que ela vá à falência.

*Augusto Cury*



## **À MINHA FAMÍLIA**

Aos meus Pais

À minha mulher e aos meus filhos

*(Manuela, Ana Margarida e João Manuel)*

## **AOS PROFESSORES**

*Prof<sup>a</sup>. Doutora Paula Pinto de Freitas*

*Prof. Doutor Carlos Sequeira*

## **ÀS PESSOAS ALVO DO ESTUDO**

A todos os estudantes do Instituto Politécnico de Viseu





## AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso académico e investigativo, foram várias as pessoas que me acompanharam e contribuíram para que a concretização deste trabalho fosse possível. Assim, tendo em consideração os mais elementares princípios de justiça e de gratidão, apresento nesta circunstância, os mais sinceros agradecimentos:

- À Professora Doutora Paula Pinto de Freitas, um agradecimento especial pelo seu apoio, estímulo e confiança, mas também pelo rigor e qualidade no seu trabalho de orientação desta investigação, mostrando-se sempre disponível para que a pudesse contactar para esclarecer dúvidas e colocar novas questões.
- Um agradecimento muito especial ao Prof. Doutor Carlos Sequeira pelo incentivo e amizade que revelou ao longo de todo o processo de coorientação, mas sobretudo pelo fato de me ter ensinado a acreditar em projetos, a lutar por eles e assim construir um sentido de competência, coerência e integridade pessoal e científica.
- Ao colega e amigo Prof. Doutor João Carvalho Duarte pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos dados.
- À presidência do Instituto Politécnico de Viseu (IPV) e aos presidentes das suas unidades orgânicas (Escolas), pela colaboração dispensada e por terem viabilizado a componente empírica desta investigação.
- A todos os estudantes das várias escolas que integram o IPV que foram objeto central deste estudo, sobretudo a todos aqueles que se privaram do seu tempo de estudo e lazer para colaborarem nesta investigação através do preenchimento e envio do instrumento de colheita de dados.

- Aos técnicos do serviço de informática da Escola Superior de Saúde de Viseu (Dr. Pedro Carvalho e Eng.º Nuno Mendes) pela ajuda na construção da plataforma “*online*” que muito facilitou a recolha da informação junto dos estudantes através dos “*e-mails*” de turma.
- Aos funcionários dos departamentos de Informática das várias unidades orgânicas do IPV, pela sua disponibilidade e colaboração, sem os quais o trabalho de recolha de dados não teria sido possível.
- À Profª Doutora Lúcia Cabral, colega da área científica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, pelo incentivo, pela amizade, mas também pela disponibilidade e o importante contributo na revisão do texto.
- A todos os colegas, docentes da Escola Superior de Saúde de Viseu, pelo incentivo e colaboração.
- A todos aqueles, que embora não tendo sido mencionados, muito contribuíram para a realização deste trabalho.
- A todos os meus familiares, muito em especial à Manuela, ao João Manuel e Ana Margarida, os quais, pela minha “obsessão” de concluir este trabalho, privei de imensos momentos de descanso e lazer, pelo tempo não oferecido, pela ternura talvez esquecida de marido e pai. A eles uma gratidão infinita pelo seu apoio incondicional.

Muito Obrigado!

## SIGLAS E ABREVIATURAS

APA	American Psychiatric Association
ASPESM	A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
CID	Classificação Internacional Doenças
CIPE	Classificação Internacional para a Prática Enfermagem
DGS	Direção Geral da Saúde
EADS21	Escala de Ansiedade, Depressão e Stress de 21 itens
ESAV	Escola Superior Agrária de Viseu
ESEV	Escola Superior de Educação de Viseu
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
ESSS	Escala de Satisfação com o Suporte Social
ESTGL	Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego
ESTGV	Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu
EVA	Escala de Vinculação do Adulto
FCT	Fundação para a Ciência e Tecnologia
IAVN	Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos
ICBAS	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICAC	Inventário Clínico de Autoconceito
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
OMS	Organização Mundial de Saúde
QIS	Questionário de Ideação Suicida
SPS	Sociedade Portuguesa de Suicidologia
UTAD	Universidade de Trás os Montes e Alto Douro
WHO	World Health Organization



## SUMÁRIO

**Introdução:** Com o ingresso e frequência do ensino superior, o estudante vivencia um conjunto de mudanças e enfrenta novos desafios. Qualquer processo de mudança provoca alguma instabilidade, exigindo do indivíduo respostas adaptativas para que o processo de transição ocorra de forma positiva.

Durante a frequência do ensino superior, ocorrem múltiplas mudanças desenvolvimentais e académicas, desafios e incertezas quanto ao percurso académico e profissional que podem contribuir para que os estudantes do ensino superior constituam um grupo mais exposto e vulnerável á ocorrência de problemas de saúde mental e eventualmente com risco aumentado para os comportamentos suicidários.

**Objetivos:** Avaliar a ideação suicida e a prevalência do risco de suicídio nos estudantes do ensino superior politécnico e analisar a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas, académicas, clínicas e psicossociais.

**Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado numa amostra de 1074 estudantes de uma Instituição de ensino superior da região centro de Portugal. A recolha de dados foi efetuada através de uma plataforma “online” que teve por base um questionário com questões relativas à caracterização sócio-demografica e académica dos estudantes o Inventário Clínico de Autoconceito (Serra, 1985); Escala de Satisfação com o Suporte Social/Familiar (Ribeiro, 1999); Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro 1995); Escala de Ansiedade, Stress e Depressão (Ribeiro, Honrado, & Leal 2004), Inventário de acontecimentos de vida negativos (Adaptado de Brás e Cruz, 2008), Escala de Risco de Suicídio Critérios de diagnóstico (Mini International Neuropsychiatric Interview), Versão Portuguesa 5.0.0 (Guterres, Levy, & Amorim, 1999) e o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999)

**Resultados:** A idade dos estudantes oscila entre os 17 e os 49 ( $\bar{x} = 23,9$  anos  $\pm 6,107$  dp), a grande maioria (64.7%) são do sexo feminino. Os resultados mostram que a presença/gravidade de pensamentos suicidas é baixa ( $\bar{x} = 13.84$ ;  $\pm 20.29$  Dp). Numa escala com cotações de 0 a 180 e ponto de corte  $> 41$  para valores sugestivos de existência de psicopatologia e potencial risco suicida, foram identificados 84 estudantes (7,8%).

O percentual de estudantes com pensamentos e planos suicidários no último mês foi de 4.8% vs 6.2% nos rapazes e de 4.0% vs 4.2% nas raparigas. Quando a questão se reporta à última semana o percentual diminui substancialmente sendo de 1.3% vs 1.2% para os rapazes e de 1.3% vs 0.9% nas raparigas. Verifica-se que 6.5% dos estudantes referem já ter feito alguma tentativa de suicídio ao longo da vida.

As variáveis que produziram significância estatística com a ideação/risco de suicidio nos estudantes foram: Sexo (**feminino**); Estado civil (**solteiro**); Coabitação em tempo de aulas (**viver sozinho**); Não estar no curso pretendido; Insatisfação com o curso; Desempenho académico (**reprovações**); Comportamentos aditivos (**consumo de drogas e medicação**); História familiar de doença mental; Consultas relacionadas com problemas de saúde mental; Internamentos psiquiátricos; A fazer medicação psiquiátrica; autoconceito (**autoeficácia, aceitação/rejeição e impulsividade**); Suporte social e familiar (**Intimidade e atividades sociais**); Vinculação (**ansiedade de vinculação, conforto com a proximidade e confiança nos outros**); Ansiedade, depressão e stress; Acontecimentos de vida (**negligência, acontecimentos de vida global**).

**Conclusões:** Embora a prevalência de ideação suicida nos estudantes não seja elevada, encontramos na nossa amostra 84 estudantes (7,8%) com potencial risco de suicídio. Traçamos o perfil biopsicossocial do estudante com risco aumentado para a ideação suicida, como: Estudante do sexo feminino; Nos estudantes com menos de 19 anos e nos que têm idade superior a 26 anos; com baixo autoconceito, padrão de vinculação inseguro e menor envolvimento em atividades sociais e relações de intimidade.

Não podemos ficar indiferentes á ideação suicida em jovens e entendemos que as instituições de ensino superior deveriam dispor de gabinetes de apoio para os estudantes e desenvolver programas de promoção de saúde mental e prevenção do suicídio em meio académico.

**Palavra-Chave:** Ideação suicida, Autoconceito, Suporte social, Vinculação, Stress, Ansiedade, Depressão, Estudantes.





## ABSTRACT

**Introduction:** When attending to higher education, transitions take place in the lives of young students. Transitional processes are always associated with some instability, requiring proper adaptive responses in order to positively cope with the situation.

Also while attending to higher education, developmental and academic changes occur, as well as challenges and uncertainties towards academic and professional careers. These issues make higher education students particularly more exposed and vulnerable to mental health problems, and therefore more likely to present suicidal behaviours.

**Objectives:** Assess suicidal ideation in higher education students, and its relation with some sociodemographic, academical, clinical and psychosocial variables.

**Methods:** Exploratory, quantitative and descriptive study, applied on a sample of 1074 students of a higher education institution in Portugal. The data collection was made through an online platform, which included a survey with questions related to the socio-demographic and academic characterization of students, as well as the Clinic Inventory of Self Concept (Serra, 1985), Social/Familiar Support Satisfaction Scale (Ribeiro, J., 1999), Adult Linkage Scale (Canavarro, 1995), Anxiety, Stress and Depression Scale (Ribeiro, Honrado & Leal 2004); Inventory of Negative Life Events (Adapted from Brás & Cruz 2008) Scale of Suicide Risk, Diagnosis Criteria (Mini International Neuropsychiatric Interview), Portuguese Version 5.0.0 (Guterres, Levy & Amorim 1999) and the Suicide Ideation Questionnaire - SIQ (Ferreira & Castela, 1999), .

**Results:** Ages of the students oscillate between 17 and 49 years old ( $\bar{x}$  = 23,9 anos  $\pm$  6,107 sd) where the majority are females (64.7%). The results obtained on SIQ show that the presence/gravity of suicidal thoughts is not very high ( $\bar{x}$  = 13.84;  $\pm$  20.29 sd), on a scale from 0 to 180 and borderline > 41, where

we found 84 students (7,8% of the whole sample) with suggestive values of potential suicidal risk.

Last month's percentage of students with suicidal plans and ideation was 4.8% vs 6.2% on males and 4.0% vs 4.2% on females.

Regarding last week's percentages, the values drop to 1.3% vs 1.2% on males and 1.3% vs 0.9% on females.

We verify that 6.5% of the students sampled have had some suicide attempt throughout their lives.

The variables that revealed statistical relevance with ideation/suicide risk in students were: Gender (**female**); Marital status (**single**) Cohabitation (**living alone**); Not attending the intended course; Not satisfied with the course; Academic performance (**fail marks**); Addictive behaviours (**drug use and medication**); Family history of mental illness; Psychiatric consultation; Psychiatric interment and medication; Self-concept (**self-efficiency, acceptance/rejection and impulsivity**); Social and family support (**social activities and intimacy**); Linkage (**linkage anxiety, proximity comfort and trust in others**); Anxiety, clinical depression and stress; Life events (**negligence, overall life events**).

**Conclusions:** Although suicidal ideation in students is not high, in our sample we found 84 students (7,8%) with potential suicidal risk.

Through the result analysis, the biopsychosocial profile of the student at risk for suicidal ideation exhibits the following traits: female gender, students aged under 19 and over 26 years old, low self-concept, insecure linkage pattern and little involvement in social activities and intimacy relationships.

Suicidal ideation in young students is something we cannot be indifferent towards, and from our point of view higher education institutions should provide support stations for students as well as programs that promote mental health and suicide prevention in academic environments.

**Key words:** Suicidal Ideation, Self-concept, Social Support, Linkage Patterns, Stress, Anxiety, Clinical Depression, Students

## ÍNDICE GERAL

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
 <b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1 COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS CONCEITOS E RELEVÂNCIA..</b>	<b>9</b>
1.1 IDEAÇÃO SUICIDA .....	10
1.2 TENTATIVA DE SUICÍDIO/PARASUICÍDIO .....	11
1.3 SUICÍDIO .....	12
<b>2 MODELOS TEÓRICOS DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS ...</b>	<b>15</b>
2.1 MODELOS DIÁTESE-STRESS (TRAÇO-ESTADO) .....	16
2.2 TEORIA DOS MODOS SUICIDAS .....	18
2.3 MODELO DO EVITAMENTO EXPERIENCIAL .....	20
<b>3 COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS/DIMENSÃO DO PROBLEMA....</b>	<b>23</b>
3.1 COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS JOVENS .....	31
3.1.1 Fatores de risco .....	34
3.1.2 Fatores protetores .....	45
<b>4 VULNERABILIDADES DOS ESTUDANTES .....</b>	<b>49</b>
4.1 ACADÉMICAS .....	49
4.1.1 Ingresso/adaptação ao ensino superior .....	49
4.1.2 Desempenho académico .....	52
4.2 PSICOSSOCIAIS .....	53
4.2.1 Saúde Mental .....	54
4.2.2 Stress .....	57
4.2.3 Ansiedade .....	61
4.2.4 Depressão .....	63
4.2.5 Comportamentos aditivos .....	67
4.2.6 Autoconceito .....	68

<b>4.2.7 Suporte social/familiar .....</b>	<b>70</b>
<b>4.2.8 Vinculação .....</b>	<b>71</b>
<b>4.2.9 Acontecimentos de vida .....</b>	<b>76</b>

## **PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA**

<b>1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>83</b>
1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	83
1.2 VARIÁVEIS .....	85
1.3 TIPO DE ESTUDO .....	86
1.4 PARTICIPANTES .....	87
<b>1.4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra .....</b>	<b>88</b>
1.5 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	90
<b>1.5.1 Questionário .....</b>	<b>91</b>
<b>1.5.2 Escalas e inventários/Descrição e características         psicométricas.....</b>	<b>92</b>
1.6 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS .....	134
<b>1.6.1 Procedimentos éticos e formais .....</b>	<b>134</b>
<b>1.6.2 Procedimentos estatísticos .....</b>	<b>135</b>
<b>2 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>142</b>
2.1 ANÁLISE DESCRITIVA .....	142
<b>2.1.1 Caracterização académica .....</b>	<b>142</b>
<b>2.1.2 Comportamentos aditivos .....</b>	<b>146</b>
<b>2.1.3 Aspetos clínicos relacionados com a saúde mental .....</b>	<b>151</b>
<b>2.1.4 Autoconceito dos estudantes .....</b>	<b>154</b>
<b>2.1.5 Suporte social/familiar .....</b>	<b>157</b>
<b>2.1.6 Ansiedade depressão e stress nos estudantes .....</b>	<b>160</b>
<b>2.1.7 Vinculação .....</b>	<b>163</b>
<b>2.1.8 Acontecimentos de vida negativos .....</b>	<b>166</b>
<b>2.1.9 Risco de suicídio .....</b>	<b>170</b>
<b>2.1.10 Ideação suicida.....</b>	<b>173</b>
2.2 ANÁLISE INFERENCIAL .....	180

<b>2.2.1 Variáveis sociodemográficas e ideação suicida .....</b>	<b>180</b>
<b>2.2.2 Variáveis académicas e ideação suicida .....</b>	<b>183</b>
<b>2.2.3 Relação entre comportamentos aditivos e ideação suicida .....</b>	<b>185</b>
<b>2.2.4 Relação entre variáveis clínicas e ideação suicida .....</b>	<b>186</b>
<b>2.2.5 Relação entre variáveis psicossociais e ideação suicida ..</b>	<b>187</b>
<b>3 DISCUSSÃO.....</b>	<b>203</b>
3.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA .....	203
3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	205
<b>4 CONCLUSÕES .....</b>	<b>213</b>
<b>5 IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DA INVESTIGAÇÃO: CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM .....</b>	<b>217</b>
<b>6 BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>221</b>
<b>7 ANEXOS .....</b>	<b>265</b>

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>		<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b>	Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários .....	16
<b>Figura 2</b>	Componente interativa traço-estado .....	17
<b>Figura 3</b>	Modo suicida .....	20
<b>Figura 4</b>	Modelo de evitamento experiencial do para-suicídio .....	22
<b>Figura 5</b>	Representação pictográfica das variáveis estudadas .....	84
<b>Figura 6</b>	Gráfico do modelo ajustado para o risco de ideação suicida em função do auto-conceito .....	190
<b>Figura 7</b>	Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função do suporte social.....	192
<b>Figura 8</b>	Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função dos padrões de vinculação .....	194
<b>Figura 9</b>	Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função da depressão, ansiedade e stress .....	196
<b>Figura 10</b>	Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função dos acontecimentos de vida negativos .....	198
<b>Figura 11</b>	Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida .....	200

<b>ÍNDICE DE QUADROS</b>		<b>Pág.</b>
<b>Quadro 1</b>	Taxa de suicídio por 100.000 habitantes em Portugal .....	25
<b>Quadro 2</b>	Taxas específicas por 100.000 habitantes (sexo masculino) .....	25
<b>Quadro 3</b>	Taxas específicas por 100.000 habitantes (sexo feminino) .....	25
<b>Quadro 4</b>	Taxas de suicídio por 100.000 habitantes na Europa .....	28
<b>Quadro 5</b>	Fatores de risco nos comportamentos suicidários .....	35
<b>Quadro 6</b>	Fatores protetores dos comportamentos suicidários .....	46
<b>Quadro 7</b>	Prevalência de alguns sintomas psicológicos (ACHA, 2010) .....	55
<b>Quadro 8</b>	Regressão múltipla entre os fatores do autoconceito e ideação suicida .....	189
<b>Quadro 9</b>	Regressão múltipla entre o suporte social e a ideação suicida ...	191
<b>Quadro 10</b>	Regressão múltipla entre o padrão de vinculação e a ideação suicida .....	193
<b>Quadro 11</b>	Regressão múltipla entre ansiedade, depressão e stress e ideação suicida .....	195
<b>Quadro 12</b>	Regressão múltipla entre acontecimentos de vida negativos e ideação suicida .....	197
<b>Quadro 13</b>	Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e ideação suicida .....	199

## ÍNDICE DE TABELAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1</b> Participantes no estudo por unidade orgânica .....	88
<b>Tabela 2</b> Estatísticas relativas à idade .....	88
<b>Tabela 3</b> Caracterização sociodemográfica da amostra .....	90
<b>Tabela 4</b> Consistência interna dos itens do auto-conceito (ICAC) .....	97
<b>Tabela 5</b> Consistencia interna dos itens por subescala do ICAC .....	99
<b>Tabela 6</b> Alfa de Cronbach por fatores do ICAC .....	100
<b>Tabela 7</b> Correlação dos itens com as subescalas e escala global do ICAC	101
<b>Tabela 8</b> Matriz de correlação de Pearson entre subescalas e o auto-conceito .....	102
<b>Tabela 9</b> Consistência interna da escala de satisfação do suporte social .....	104
<b>Tabela 10</b> Valores correlacionais por subescalas da satisfação com o suporte social .....	105
<b>Tabela 11</b> Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala .....	106
<b>Tabela 12</b> Validade discriminante do suporte social .....	106
<b>Tabela 13</b> Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e Escala de Satisfação do Suporte Social .....	107
<b>Tabela 14</b> Valores correlacionais por subescalas de vinculação do adulto e alfas de Cronbach .....	111
<b>Tabela 15</b> Comparação dos valores de alfa do estudo atual da escala de vinculação do adulto com a escala original por subescala .....	112
<b>Tabela 16</b> Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e valor global da Escala de vinculação do adulto .....	112
<b>Tabela 17</b> Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade Depressão e Stress .....	116
<b>Tabela 18</b> Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stress e ansiedade .....	118
<b>Tabela 19</b> Comparação dos valores de alfa de Cronbach do presente estudo com os da versão portuguesa para EDAS21.....	118
<b>Tabela 20</b> Correlação dos itens com as escalas de depressão, ansiedade e stress	120



<b>Tabela 21</b>	Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stress .....	120
<b>Tabela 22</b>	Consistência Interna dos itens da escala de acontecimentos de vida negativos .....	124
<b>Tabela 23</b>	Ordenações dos itens por fator e pesos fatoriais .....	126
<b>Tabela 24</b>	Consistência Interna dos itens por subescala dos acontecimentos de vida negativos .....	127
<b>Tabela 25</b>	Valores de alfa de Cronbach para as subescalas dos acontecimentos de vida negativos .....	127
<b>Tabela 26</b>	Validade convergente dos itens do inventário de acontecimentos de vida negativos .....	129
<b>Tabela 27</b>	Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala AVNs	129
<b>Tabela 28</b>	Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Ideação Suicida .....	134
<b>Tabela 29</b>	Caracterização académica da amostra .....	145
<b>Tabela 30</b>	Hábitos Tabágicos, tempo de consumo e número de cigarros fumados por dia .....	147
<b>Tabela 31</b>	Consumo de bebidas alcoólicas, tempo de consumo, frequência e bebidas mais consumidas em função do Sexo .....	148
<b>Tabela 32</b>	Consumo de drogas em função do sexo .....	148
<b>Tabela 33</b>	Tipo de droga consumida .....	149
<b>Tabela 34</b>	Idade de consumo de drogas por sexo .....	150
<b>Tabela 35</b>	Consumo de medicamentos com e/ou sem prescrição por sexo...	150
<b>Tabela 36</b>	História familiar relação de parentesco e problema psiquiátrico ....	151
<b>Tabela 37</b>	Consulta com profissional de saúde mental e motivos de consulta em função do género .....	152
<b>Tabela 38</b>	Internamento por problemas psiquiátricos em função do género ...	153
<b>Tabela 39</b>	Toma de Medicação Psiquiátrica em função do género .....	153
<b>Tabela 40</b>	Estatística relativa ao autoconceito .....	154
<b>Tabela 41</b>	Teste t para diferença de médias entre autoconceito e sexo .....	155
<b>Tabela 42</b>	Análise de variância a um fator entre idade e autoconceito .....	155
<b>Tabela 43</b>	Teste post hoc de Tukey entre grupos etários e auto conceito .....	155
<b>Tabela 44</b>	Teste de Kruskall Wallis entre ano de licenciatura e auto-conceito	156
<b>Tabela 45</b>	Teste de Kruskall Wallis entre escola que frequenta e auto-conceito.....	156

<b>Tabela 46</b>	Teste t de Student entre desempenho académico e autoconceito .	157
<b>Tabela 47</b>	Estatística relativa ao Suporte social .....	158
<b>Tabela 48</b>	Teste t de Student entre suporte social e sexo.....	158
<b>Tabela 49</b>	Análise de variância a um fator entre a idade e suporte social.....	158
<b>Tabela 50</b>	Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e suporte social	159
<b>Tabela 51</b>	Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e suporte social .....	159
<b>Tabela 52</b>	Teste t de Student entre desempenho académico e suporte social	160
<b>Tabela 53</b>	Estatística relativa à ansiedade, depressão e stress .....	161
<b>Tabela 54</b>	Test t de Student entre ansiedade, depressão e stress e sexo .....	161
<b>Tabela 55</b>	Análise de variância a um fator entre idade e ansiedade depressão e stress .....	161
<b>Tabela 56</b>	Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e ansiedade depressão e stress .....	162
<b>Tabela 57</b>	Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e ansiedade depressão e stress .....	162
<b>Tabela 58</b>	Teste de Student entre ansiedade, depressão e stress e desempenho académico .....	162
<b>Tabela 59</b>	Estatística relativa à vinculação .....	163
<b>Tabela 60</b>	Teste t de Student entre vinculação e sexo .....	164
<b>Tabela 61</b>	Análise de variância a um fator entre idade e vinculação .....	164
<b>Tabela 62</b>	Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e vinculação ....	165
<b>Tabela 63</b>	Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e vinculação .	165
<b>Tabela 64</b>	Test t de Student entre vinculação e desempenho académico .....	165
<b>Tabela 65</b>	Classificação dos protótipos de vinculação em função do sexo .....	166
<b>Tabela 66</b>	Estatística relativa aos acontecimentos de vida negativos .....	167
<b>Tabela 67</b>	Teste t de Student entre acontecimentos de vida negativos e sexo	167
<b>Tabela 68</b>	Análise de variância a um fator entre acontecimentos de vida negativos e idade .....	168
<b>Tabela 69</b>	Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e acontecimentos de vida negativos .....	168
<b>Tabela 70</b>	Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e acontecimentos de vida negativos .....	169
<b>Tabela 71</b>	Teste post hoc de Tukey entre grupos etários e auto conceito .....	169

<b>Tabela 72</b>	Teste t de Student entre acontecimentos de vida negativos e desempenho académico .....	170
<b>Tabela 73</b>	Percentagem e resposta na escala do risco (critérios de diagnóstico) .....	170
<b>Tabela 74</b>	Número e percentagens de resposta aos itens do critério de diagnóstico .....	171
<b>Tabela 75</b>	Tentativa de suicídio ao longo da vida em função do sexo .....	171
<b>Tabela 76</b>	Classificação do risco de suicídio em função do sexo .....	172
<b>Tabela 77</b>	Tipo de risco de suicídio e variáveis socio demográficas e académicas .....	173
<b>Tabela 78</b>	Estatística relativa à ideação suicida .....	174
<b>Tabela 79</b>	Classificação do potencial risco suicida .....	174
<b>Tabela 80</b>	Ideação suicida e variáveis socio demográficas .....	175
<b>Tabela 81</b>	Ideação suicídio e variáveis académicas .....	175
<b>Tabela 82</b>	Risco de ideação suicida e comportamentos aditivos .....	176
<b>Tabela 83</b>	Risco de ideação suicida e aspetos clínicos .....	177
<b>Tabela 84</b>	Relação entre padrão de vinculação em função do risco de ideação suicida .....	177
<b>Tabela 85</b>	Relação entre risco de suicídio ideação suicida.....	178
<b>Tabela 86</b>	Pensamento e plano suicidários nos estudantes .....	179
<b>Tabela 87</b>	Teste t de Student entre sexo e ideação suicida .....	181
<b>Tabela 88</b>	Análise de variância a um fator entre grupos etários e a ideação suicida .....	182
<b>Tabela 89</b>	Teste de U Mann Whitney entre estado civil e Ideação suicida .....	182
<b>Tabela 90</b>	Teste de Kruskal Wallis entre ideação suicida e coabitação .....	183
<b>Tabela 91</b>	Teste de Kruskal Wallis entre unidade orgânica/ano de curso e ideação suicida .....	184
<b>Tabela 92</b>	Teste t de Student entre desempenho académico e ideação suicida .....	184
<b>Tabela 93</b>	Teste de U Mann Whitney entre frequência do curso e expectativas sobre o curso e ideação suicida .....	185
<b>Tabela 94</b>	Teste de U Mann Whitney para o estudo da relação entre comportamentos aditivos e ideação suicida .....	186

<b>Tabela 95</b>	Teste de U Mann Whitney para o estudo da relação entre variáveis de contexto clínico e ideação suicida .....	187
<b>Tabela 96</b>	Correlações de Pearson entre a ideação suicida e os fatores do autoconceito .....	188
<b>Tabela 97</b>	Correlações de Pearson entre suporte social e a ideação suicida .	190
<b>Tabela 98</b>	Correlações de Pearson entre padrão de vinculação e a ideação suicida .....	192
<b>Tabela 99</b>	Correlações de Pearson entre ansiedade, depressão e stress e ideação suicida .....	194
<b>Tabela 100</b>	Correlações de Pearson entre acontecimentos de vida negativos e ideação suicida .....	196





## INTRODUÇÃO

O suicídio tem sido considerado um grave problema de saúde pública a nível nacional e mundial. Nas últimas décadas, adquiriu especial relevância na Europa, onde se tem verificado um aumento significativo das taxas de suicídio entre os adolescentes e jovens adultos (*World Health Organization - WHO*, 2012).

As tentativas de suicídio/suicídio, têm grande impacto familiar e social e causam grande sofrimento naqueles que convivem e se relacionam com a vítima. O interesse e a possibilidade de investigar uma problemática tão complexa como os comportamentos suicidários nos jovens que frequentam o ensino superior surge da minha atividade profissional, enquanto docente da área científica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, numa Escola de Saúde do Ensino Superior Politécnico.

No decurso da atividade profissional que exercemos, somos confrontados com um número preocupante de estudantes que durante o seu percurso académico evidenciam elevado nível de stress, sintomatologia ansiosa e quadros graves de depressão com marcada ideação suicida (importantes predictores do risco de suicídio). Muitas vezes são apenas identificados/diagnosticados, os casos de maior gravidade (verdadeiras urgências e emergências psiquiátricas), a exigir o internamento psiquiátrico de alguns estudantes, e até desfechos dramáticos como o suicídio consumado.

Preparar os profissionais de saúde, da educação e a população em geral para o diagnóstico da situação e um encaminhamento atempado das pessoas em risco na comunidade é um passo importante na prevenção do suicídio.

Seguindo as orientações preconizadas pela OMS, vários países estabelecem como domínios prioritários de investigação em saúde mental a prevenção do risco de suicídio (Sousa, 2006). O suicídio, não sendo um problema

específico de Portugal, consta das prioridades do país, ao assinar o Pacto Europeu de Saúde Mental em 2008, onde a prevenção do suicídio é uma prioridade. Também no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, a prevenção do suicídio aparece como uma das quatro áreas prioritárias.

Apesar de existir alguma investigação desenvolvida em Portugal sobre o suicídio (Oliveira, 2006; Sampaio, 1991, 1999; Saraiva, 1997, 2006; Santos, 2007), os estudos sobre a avaliação do risco de suicídio nos jovens que frequentam o ensino superior são poucos, subsistindo assim razões para o estudo do mesmo.

Esta investigação procurará disponibilizar informação relevante sobre os fatores mais recorrentemente associados ao risco de suicídio, que fundamentem uma orientação e um suporte mais adequados nos domínios da prevenção do suicídio em meio académico.

Pretende avaliar a prevalência do risco de suicídio nos estudantes do Ensino Superior Politécnico e os fatores que lhe estão associados, procurando encontrar eventuais associações com variáveis sociodemográficas, académicas, clínicas e psicossociais, fundamentais para a confirmação ou reconfiguração dos fatores de risco de suicídio.

São várias as instituições de ensino superior que têm desenvolvido esforços no sentido de criar gabinetes de acompanhamento e apoio psicopedagógico aos estudantes sendo quase inexistentes programas que visem a prevenção do suicídio em meio académico. A própria OMS alerta para o investimento que deve ser feito na prevenção, através da preparação dos profissionais que trabalham nas escolas, nomeadamente dos professores, aproveitando a sua relação de proximidade com os estudantes, na sinalização de jovens em risco e consequente referenciação para serviços especializados.

Uma dificuldade identificada atualmente, no âmbito da prevenção do suicídio, encontra-se na reduzida investigação científica existente sobre a avaliação dos comportamentos suicidários em determinadas populações ou



grupos específicos que eventualmente possam apresentar um risco aumentado para o suicídio. Os estudantes que frequentam as instituições de ensino superior, podem constituir um desses grupos de risco e a produção científica neste domínio será certamente uma mais-valia para ajudar no diagnóstico precoce e um contributo para a elaboração de planos e estratégias de prevenção. Será assim necessário **“Investigar para melhor conhecer e intervir”**.

A frequência do ensino superior marca o início de um processo de transição para o mundo do trabalho e para a autonomia própria do jovem adulto. Este processo tem lugar numa fase crucial do desenvolvimento global do estudante, uma vez que as suas preocupações e problemas se traduzem pelas dificuldades na resolução das tarefas normativas de desenvolvimento, características da fase em que se encontram (transição da adolescência para a idade adulta).

Dificuldades que em regra, se acentuam quando o estudante tem de sair de casa dos pais e passam a viver em residências universitárias, casas de familiares ou quartos alugados, sendo confrontados com um conjunto de problemas, nomeadamente novas responsabilidades, novas expectativas, vivências e incertezas, sensação de solidão, saudades de casa, da família e amigos e ainda o medo de se sentirem sozinhos.

Estas situações, tornam-se mais preocupantes quando o estudante encara o suicídio como a única saída para as suas dificuldades/problemas. A intensidade desses pensamentos, duração, contexto em que surgem e a capacidade para se desligar deles (resiliência), são fatores que distinguem um jovem mentalmente saudável daquele que se encontra em risco de cometer o suicídio (WHO, 2012).

Os estudantes perante “situações-problema” e depois de esgotarem as suas estratégias internas, podem procurar ajuda exterior, recorrendo aos colegas, docentes, pais ou ainda a técnicos especializados em aconselhamento psicológico. Contudo o silêncio sobre as dificuldades, a vergonha e o medo que lhe estão muitas vezes subjacentes, constituem frequentemente um obstáculo a esse pedido de ajuda, que muitas vezes só acontece, quando o sofrimento é já

insustentável. Estas constatações são uma preocupação em termos de prevenção e promoção da saúde mental destes jovens.

A motivação para este estudo surgiu, como resultado das nossas inquietações enquanto profissionais de saúde e da educação, perante uma problemática atual em que se reconhece o suicídio como um problema de saúde pública e que tem vindo a aumentar nas faixas etárias mais jovens (WHO, 2012). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre adolescentes e adultos jovens na faixa dos 15 aos 35 anos (WHO, 2012).

Um estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens. O suicídio representa a segunda causa de morte de jovens na Itália, na França e no Reino Unido e a terceira causa nos EUA. Na Suíça o suicídio é a principal causa de morte na faixa etária dos 14 aos 25 anos, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano (Wasserman D; Cheng Q. 2005).

Segundo a *World Health Organization* (2012), o suicídio está, entre as três principais causas de morte nos indivíduos dos 15 aos 44 anos. A cada ano, aproximadamente um milhão de pessoas cometem suicídio, o que representa uma morte a cada 40 segundos. Estima-se que o índice mundial de suicídios se aproxime dos 16 por cada 100 mil habitantes, variando de acordo com o sexo, a idade e o país. Nos últimos 45 anos, as taxas de suicídio aumentaram cerca de 60% em todo o mundo (WHO, 2012).

As taxas mais altas de suicídio têm sido observadas em idosos do sexo masculino mas essa tendência tem-se alterado nas últimas décadas, com o aumento do suicídio entre a população mais jovem, atualmente considerada um grupo de risco considerável (WHO, 2012). Em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens já configura um padrão quase epidémico (Meneghel, S.N.; Victora, C.G.; Faria, N.M.X.; Carvalho, L.A.; FALK, J.W.2004).

Interrogamo-nos sobre a prevalência do risco de suicídio nos estudantes e os fatores que eventualmente podem estar associados a esse risco: Que associações poderão ser encontradas entre algumas características sociodemográficas, académicas e psicossociais e o risco de suicídio dos estudantes? As características sociodemográficas, académicas e psicossociais permitem traçar o perfil do estudante do ensino superior com risco aumentado para determinadas condutas suicidas? O abuso ou dependência de substâncias aumenta a probabilidade de risco de suicídio em estudantes do ensino superior? A história de doença mental no estudante e (ou) familiares permitem antever o risco de suicídio nos estudantes? Que vulnerabilidades dos estudantes estão associadas ao risco suicida?

No delinear da investigação, formulamos os seguintes objetivos:

1. Determinar a prevalência da ideação suicida nos estudantes do Ensino Superior Politécnico;
2. Identificar as variáveis sociodemográficas e académicas que têm influência na ideação suicida;
3. Analisar a associação entre os comportamentos aditivos (consumo de tabaco, álcool e outras drogas) com a ideação e risco de suicídio dos estudantes.
4. Identificar as variáveis de contexto clínico (história familiar, história individual de doenças, história de internamentos) que mais se associam à ideação suicida
5. Determinar as variáveis psicossociais (Autoconceito, Suporte social/Familiar, Depressão, Ansiedade e Stress, Padrões de vinculação, e Acontecimentos de vida) que são preditoras da ideação suicida.

Em termos metodológicos optamos por um estudo quantitativo, transversal, seguindo uma via analítica-correlacional. De forma a levarmos a cabo este estudo, colhemos informação a partir de uma amostra de 1074 estudantes matriculados e a frequentar várias escolas e diferentes cursos do Instituto superior Politécnico de Viseu.

A primeira parte deste trabalho integra o referencial teórico, no qual damos conta da pesquisa efetuada pela produção científica nacional e internacional, permitindo-nos desta forma contextualizar a problemática em estudo e levantar algumas questões de investigação.

O estudo empírico aparece na segunda parte, onde se conceptualiza o processo de investigação em três pontos principais: 1) considerações metodológicas, onde é descrito o tipo de estudo, a população/amostra, descrição dos instrumentos e métodos de recolha de dados; 2) apresentação e análise descritiva e inferencial dos resultados; 3) discussão das opções metodológicas e dos resultados encontrados.

Finalizamos com a apresentação das conclusões, onde explicitamos os contributos e implicações práticas do estudo, mas também algumas das suas limitações e dificuldades encontradas.

# PARTE I

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO



## 1. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS CONCEITOS E RELEVÂNCIA

Não existem dúvidas sobre a importância da emergência da Suicidologia nas últimas décadas, enquanto área específica de estudo e prevenção do suicídio. Existem dificuldades na operacionalização de alguns conceitos que, alternadamente, vão sendo utilizados para conceptualizar o mesmo constructo. Ideação suicida, tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado são formas distintas de comportamentos suicidários (Moreira, 2008).

O comportamento suicidário abrange todo e qualquer ato através do qual um indivíduo causa uma lesão a si próprio, independentemente do grau de intenção letal e conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Como refere Hayes, (2000), outros termos como automutilação, auto-lesão deliberada, auto-dano deliberado, gestos suicidas, pseudo-suicídio, suicídio simulado, são muitas vezes utilizados na conceptualização de dimensões suicidárias idênticas, embora, por vezes, constituam diferentes fenómenos suicidas.

Gil & Saraiva (2006), referem que os termos *attempted suicide* (tentativa de suicídio), *parasuicide* (para-suicídio) e *deliberate self-harm* (autodano deliberado), são muitas vezes utilizados como sinónimos, mas que efetivamente traduzem conceitos diferentes.

Em suicidologia, frequentemente, o comportamento suicida inclui três categorias: Ideação suicida, Tentativa de suicídio e Suicídio consumado. Alguns estudos clínicos e epidemiológicos sugerem a presença de possível gradiente de severidade e de heterogeneidade entre essas diferentes categorias, situando-se num dos extremos, a ideação suicida (pensamentos, ideias, planeamento e desejo de se matar) e, no outro, o suicídio consumado, com a tentativa de suicídio entre eles (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005). O nível/grau de

intencionalidade é uma das principais diferenças apontadas entre a tentativa de suicídio e o parassuicídio, sendo superior na tentativa de suicídio.

## 1.1 - IDEIAÇÃO SUICIDA

A ideação suicida designa, especificamente, pensamentos e cognições sobre como acabar com a própria vida, podendo ir de pensamentos gerais sobre a morte até ideias mais elaboradas que incluem de alguma forma planos e formas concretas de cometer o suicídio (Ferreira & Castela, 1999).

Segundo Palmer (2005), a ideação suicida diz respeito a pensamentos, que surgem como o agente para o suicídio e que podem variar no seu grau de gravidade, dependendo da intensidade e frequência com que tais pensamentos ocorrem e da especificidade dos planos de suicídio e do nível de intenção suicida.

A ideação suicida funciona como um forte indicador para o risco de suicídio daí a importância do seu enquadramento conceptual. O fato de haver um pensamento ou ideação suicida não significa, necessariamente passar ao suicídio propriamente dito, no entanto, funciona como um sinal de alerta para o risco de suicídio.

A espiral suicida inicia-se com a ideação que funciona como um indicador de vulnerabilidade, podendo levar à tentativa de suicídio e, no limite, ao suicídio consumado. Embora a ideação suicida por si só possa não ser determinante do suicídio, deverá ser entendida como um fator de risco para as tentativas de suicídio que, por sua vez, aumentam inevitavelmente o risco de efetivação do próprio suicídio (Kerr, Johnson, Gans & Krumrine, 2004). Desta forma, a ideação suicida pode ser vista como um estágio preliminar, que precede uma tentativa de suicídio. Para Borges & Werlang (2006), a ideação suicida refere-se a pensamentos autodestrutivos ou, de forma mais geral, a ideias suicidas que incluem, desejos, atitudes ou planos mais específicos que o indivíduo elabora para pôr fim à própria vida.



Ferreira & Castela (1999), realça a importância do estudo da ideação suicida devido à relação entre a frequência de ideação e a probabilidade de tentativa de suicídio e suicídio consumado e desta forma deverá fazer sempre parte de qualquer avaliação psicológica, na tentativa de prevenir comportamentos de ameaça à própria vida.

## 1.2 - TENTATIVA DE SUICÍDIO/PARA-SUICÍDIO

Segundo Saraiva (2006), o para-suicídio apresenta como características fundamentais um comportamento de desfecho não fatal, realizado de forma deliberada, não sendo habitual e executado de forma direta e de dano a si mesmo, mas estando dirigido à realização ou mesmo obtenção de determinadas mudanças. É um ato em que não existe clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a causar danos em si mesmo (mais ou menos graves), caso não exista uma intervenção. Para o mesmo autor o termo “Para-suicídio” designa uma tentativa de suicídio em que a verdadeira intenção não é pôr termo à vida enquanto a tentativa de suicídio, tem por finalidade pôr termo à vida, mas que, por diversas razões, o objetivo não foi conseguido.

Este conceito relaciona-se com os designados comportamentos de risco, entre os quais são mais frequentes o abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicostimulantes, o conduzir com excesso de velocidade e/ou alcoolizado, a vivência de uma sexualidade não controlada ou com relações de risco, a escolha de alguns desportos demasiado perigosos. O para-suicídio pode também configurar determinadas formas de automutilação.

O para-suicídio implica comportamentos que, embora possam causar danos, inclusive a morte, não há intenção concreta e deliberada de o fazer, apesar de se notar já alguma intencionalidade do ato (Oliveira, 2006). Está geralmente associado a um conjunto de perturbações emocionais, que se caracteriza pela prática de atos que simulam a vontade de terminar com a vida, mas com a particularidade de deixar pistas para que o ato não resulte na própria morte. No

entanto, nem sempre este tipo de comportamento é descoberto a tempo de evitar o pior (Santos, 2012). Desta forma, pode dizer-se que o para-suicídio diz respeito a um ato não fatal, através do qual o indivíduo protagoniza um comportamento invulgar, sem intervenção de outros, causando lesões a si próprio, com vista a conseguir modificações imediatas com o seu comportamento ou a partir de eventuais lesões físicas consequentes.

Ao contrário do para-suicídio, a tentativa de suicídio é entendida como o ato levado a cabo por um indivíduo que visa a sua morte, mas que por razões diversas não é alcançada. A diferença essencial entre o para-suicídio e as tentativas de suicídio é o nível de intencionalidade, sendo superior na verdadeira tentativa de suicídio (Sociedade Portuguesa de Suicidiologia, 2009). Além disso, as tentativas de suicídio anteriores são um preditor do suicídio (WHO, 2006). No entanto, estas duas vertentes dos comportamentos suicidários – o para-suicídio e a tentativa de suicídio, apesar de diferirem em termos de consequências, quando comparadas com o suicídio consumado, revelam-se clinicamente semelhantes, dado que ambas não resultam na morte (Santos, 2007).

### 1.3 - Suicídio

Tendo como ponto de partida Durkheim (1992), o suicídio seria definido como *“todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia produzir esse resultado”*. No entanto, esta definição levanta, desde logo, a questão da intencionalidade do gesto suicida, que Durkheim não chega a elaborar (citado em Sampaio, 1991, p. 31). Por sua vez, Vaz Serra (1971, citado em Gil & Saraiva, 2006) define o suicídio como *“autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir esse fim”*. Segundo Vieira (2008), o suicídio pode ser conceptualizado como um ato voluntário através do qual o indivíduo possui a intenção e provoca a própria morte.

O suicídio refere-se ao desejo consciente de morrer e à noção clara das consequências que o ato executado pode gerar (Araújo, Coutinho & Saraiva, 2009). A ideação suicida é um importante preditor de risco para o suicídio, sendo considerada o primeiro “passo” para a sua efetivação (Borges & Werlang, 2006). Assim, a decisão de cometer suicídio não ocorre de maneira rápida, com frequência o indivíduo que comete o suicídio, manifestou anteriormente algum sinal em relação à ideia de atentar contra a própria vida.

A literatura refere que existe uma grande probabilidade de, após uma primeira tentativa de suicídio, outras virem a surgir, até que uma possa ser fatal (Borges *et al.*, 2008; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez *et al.*, 2010). Desta forma a trajetória estabelecida entre a ideação suicida, tentativas e suicídio consumado pode funcionar como um tempo propício para a intervenção (Krüger & Werlang, 2010).

De uma forma global, os conceitos básicos da suicidologia anteriormente citados e descritos representam, a par da avaliação da sua complexidade e intencionalidade, um ponto de partida para o estabelecimento de estratégias de acompanhamento.



## **2. MODELOS TEÓRICOS DOS COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS**

Neste ponto abordamos algumas perspetivas interpretativas das condutas suicidas à luz dos principais modelos teóricos.

Moreira (2009), no seu trabalho sobre “Fatores de risco associados à ideação suicida durante a prisão preventiva”, faz referência a alguns modelos explicativos dos comportamentos suicidários. O autor reforça a ideia de que qualquer comportamento da esfera suicidária deverá ser entendido como um transtorno multidimensional, e de etiologia multifatorial. Como sabemos, estes são normalmente o resultado da complexa interação de vários fatores (biológicos, psicológicos, sociais, culturais e económicos).

Alguns dos fatores de risco, considerados durante muito tempo, como puramente biológicos ou psicológicos, são hoje considerados, como psicobiológicos (Van Heeringen & Marusic, 2003). A ideia de que os comportamentos suicidários ocorrem normalmente no decurso de um acontecimento de vida marcante em indivíduos com vulnerabilidade aumentada para este tipo de comportamentos faz emergir alguns modelos explicativos.

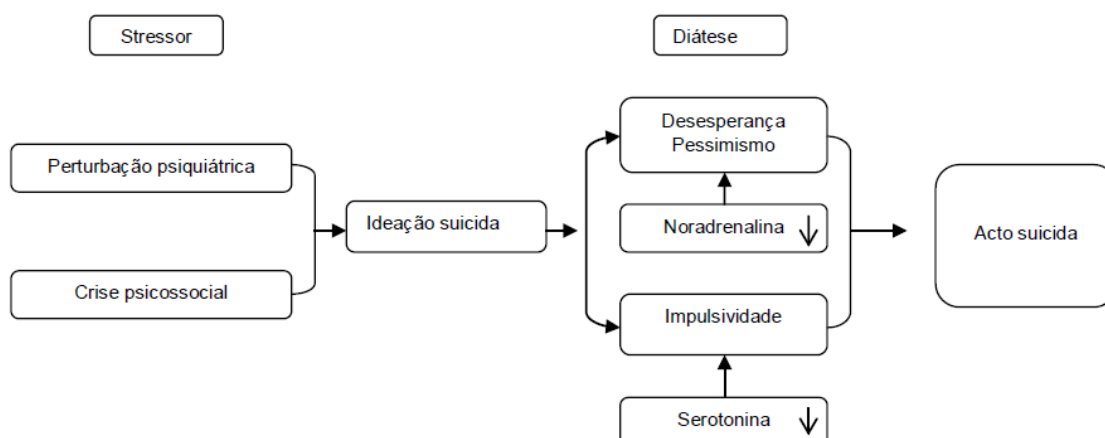
O risco suicidário está em grande medida associado a determinadas características de personalidade, vulnerabilidades ou predisposição da pessoa para os comportamentos suicidários. Desta forma a predisposição individual para o desenvolvimento deste tipo de comportamentos, deverá fazer parte de qualquer processo de avaliação do risco, uma vez que tal predisposição, traduz quase sempre uma maior tendência do indivíduo para maior ideação suicida e maior impulsividade para o ato suicida perante um determinado stressor (Moreira, 2008).

## 2.1 MODELO DIÁTESE-STRESS

Embora um grande número de comportamentos suicidários ocorram associados a perturbações psiquiátricas, nem todos os indivíduos com psicopatologia apresentam condutas suicidas (Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999; Mann, 2003). Os comportamentos suicidários dependem também de outros fatores, e esta constatação levou à formulação do modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Mann, 1998).

De acordo com este modelo (Figura 1), indivíduos que apresentem determinadas características genéticas, desenvolvimentais e de personalidade encontram-se mais predispostos (diátese) a enveredarem por comportamentos suicidários.

**Figura 1** - Modelo diátese-stress para comportamentos suicidários (Adaptado de Mann, 2003, *cit. in* Moreira, 2009)



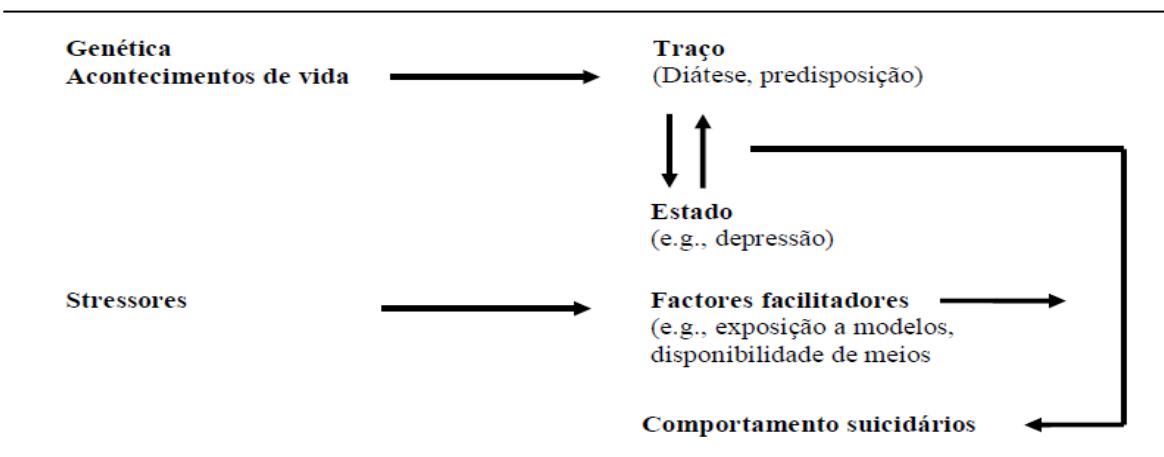
Entre os elementos da diátese em indivíduos com comportamentos suicidários, Mann, et al, (1999) encontraram elevada agressividade e impulsividade, desesperança e pessimismo, dependência de substâncias (álcool, tabaco, drogas), doença psiquiátrica e história familiar de condutas suicidas, entre

os stressores mais comuns. Sendo normalmente um determinado stressor psicossocial agudo que precipita o comportamento suicidário (Mann et al, 1999).

De forma semelhante, Van Heeringen (2003), considera que os comportamentos suicidários resultam da interação traço-estado, e apresenta três níveis de fatores de risco: Fatores traço-dependentes (ex: predisposição genética, acontecimentos de vida); fatores estado-dependentes (Ex: existência de psicopatologia) e fatores precipitantes ou facilitadores.

Este autor defende que a patofisiologia dos comportamentos suicidários está relacionada com a resposta a acontecimentos de vida stressantes, a alterações de alguns neuromediadores cerebrais e traços de personalidade associados a perturbações da ansiedade, impulsividade e agressividade e propõe o modelo de processamento (Figura 2). Este modelo evidencia a predisposição para os comportamentos suicidários associada muitas vezes à forma como a pessoa percebe e responde quando confrontada com determinados stressores; acontecimentos de vida marcantes, (Van Heeringen, 2003).

**Figura 2** - Componente interativa traço-estado do modelo do processamento (Adaptado de Van Heeringen, 2003, *cit. in* Moreira, 2009).



## 2.2 TEORIA DOS MODOS SUICIDAS

Segundo Moreira (2009), a teoria dos modos suicidas de Rudd (2000), pressupõe uma rede integrada de suborganizações dos componentes básicos da personalidade, (e.g. cognitivos, afetivos, motivacionais e comportamentais), que se desenvolveram a partir da experiência pessoal como resposta automática a situações específicas percebidas pelo indivíduo como ameaçadoras.

Os traços mal adaptativos que podem ativar um modo suicida ou um modo facilitador, encontram-se dependentes dos acontecimentos de vida. Como tal, os modos suicidas encontram-se dependentes das interações traço-estado. Dependendo do tipo de stressor, o indivíduo ativará um modo suicida (e.g., tentativa de suicídio) ou modo facilitador (e.g., para-suicídio).

O comportamento do indivíduo que apresenta alternada e recorrentemente episódios de tentativa de suicídio e para-suicídio pode ser explicado pela alternância de ativação ao longo do tempo entre modos suicidas e modos facilitadores. O tipo de modo ativado encontra-se dependente das situações inerentes aos contextos de vida do indivíduo (situações, circunstâncias, pessoas), que muitas vezes desempenham um papel preponderante no processo suicida como vulnerabilidades predisposicionais (traços de personalidade mal adaptativos).

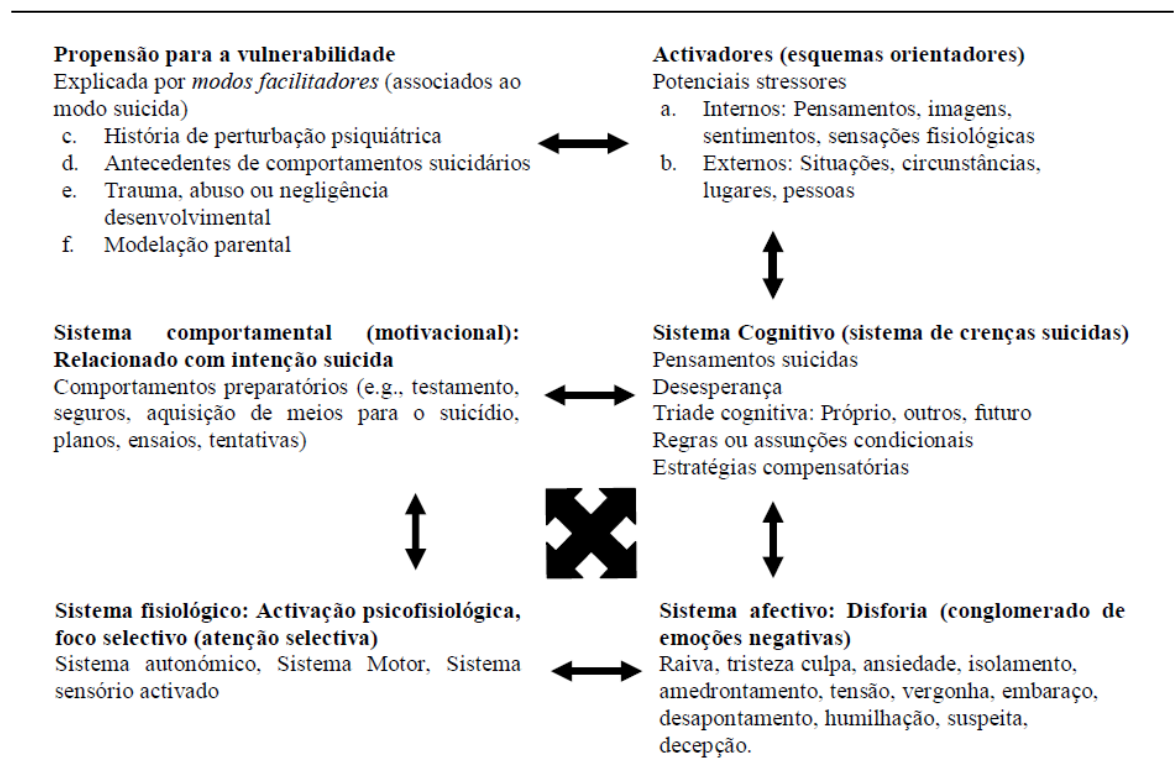
A vulnerabilidade encontra-se relacionada com a história individual da pessoa, traumas desenvolvimentais, abuso ou negligência, ambiente familiar disfuncional, transtornos da personalidade entre outros. Os modos facilitadores aumentam por isso o potencial de ocorrência de um episódio suicida no futuro. Por exemplo, a característica passivo-agressivo pode aumentar a vulnerabilidade individual para conflitos interpessoais recorrentes que poderão originar um episódio suicida (Rudd, 2000). Para o mesmo autor, os pensamentos e comportamentos suicidários são ativados por um modo disfuncional, o *modo suicida*, que é composto pelo sistema cognitivo, afetivo, motivacional e



comportamental. Do sistema cognitivo faz parte o sistema de crenças suicidas que é responsável pela construção e internalização de significações mal adaptativas referentes ao próprio, aos outros e ao futuro. O sistema de crenças suicidas é responsável pela utilização excessiva de estratégias compensatórias (e.g., sobrecompensação, perfeccionismo e subjugação em relacionamentos interpessoais) e por um elevado grau de desesperança - a grande responsável pela ativação do modo suicida. O *sistema afetivo* é caracterizado por sofrimento emocional, que se expressa através de emoções negativas como a tristeza, ansiedade, raiva, culpa, vergonha, humilhação, etc. O *sistema comportamental ou motivacional* é responsável pelo impulso comportamental para atos suicidas, indicativo de clara intenção suicida. Este sistema difere entre atos suicidas com intenção suicida, isto é, tentativa de suicídio e suicídio, comportamentos de risco (e.g., uso de drogas ilícitas), auto-mutilatórios (e.g., cortes, queimaduras) e os diferentes modos ativados para cada um destes comportamentos (Rudd, 2000).

Quando os *modos facilitadores* são ativados a intenção suicida é facilmente questionável pela inconsistência motivacional e comportamental do indivíduo. Por exemplo, nos comportamentos de automutilação, a motivação inclui a vingança, punição de pessoas significativas ou regulação emocional através da libertação de tensão. Todavia, os modos facilitadores aumentam a probabilidade de ativação do modo suicida, o que faz com que indivíduos que enveredem por comportamentos de risco suicidário tenham maior probabilidade de cometer o suicídio ao longo da vida, uma vez que a reativação do modo suicida nestes indivíduos se encontra mais facilitada do que em indivíduos sem qualquer historial de comportamento autolesivo (Rudd, 2000).

**Figura 3 - Modo suicida** (Adaptado de Rudd, 2000, *cit. in* Moreira, 2009)



Esta teoria diferencia os modos suicidas (intenção suicida) dos modos facilitadores. Quando o modo suicida é ativado, o comportamento do indivíduo é caracterizado por atos que mostram verdadeira intenção suicida. Em indivíduos com várias intercorrências de comportamentos suicidários (cronicidade) a ativação do modo suicida é menor (Rudd, 2000).

### 2.3 MODELO DO EVITAMENTO EXPERIENCIAL

Segundo o quadro conceptual apresentado no ponto anterior, o para-suicídio parece desempenhar várias funções associadas com a redução da ativação emocional. Entre essas funções, encontramos a regulação do afeto, autopunição e anti-suicídio.

Na perspectiva da regulação do afeto, o para-suicídio constitui uma estratégia de regulação emocional de estados psicológicos extremamente adversos, como a culpa, a tristeza, o pessimismo e a ansiedade (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). O para-suicídio como forma de autopunição encontra-se relacionado com sentimentos extremos de culpa, raiva ou punição auto e heterodirigidas (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Por fim, o para-suicídio serve ainda a função anti-suicida, ou seja, evita ou protege o indivíduo perante instintos de morte (Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Suyemoto, 1998).

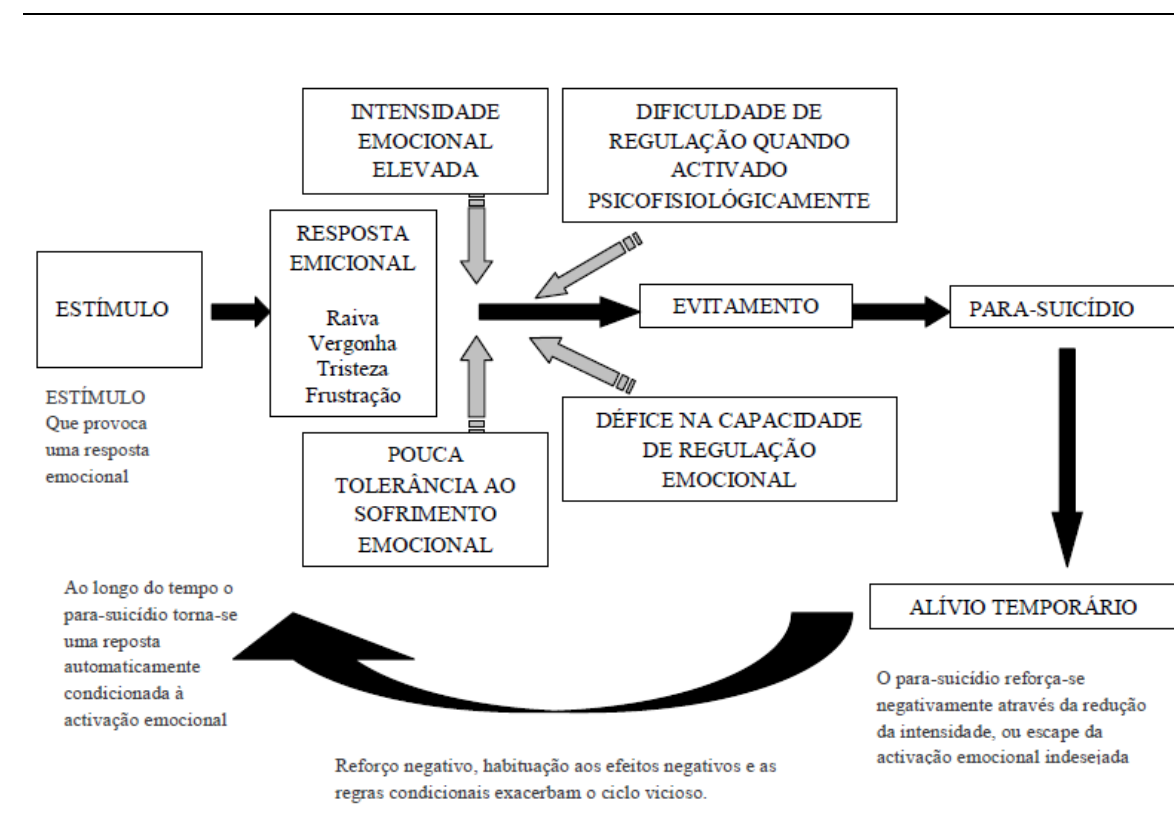
Chapman, Gratz e Brown (2006) propõem o modelo do evitamento experiencial como uma forma vantajosa de conceptualizar funcionalmente estes comportamentos autolesivos. Este modelo descreve a principal função do para-suicídio como o evitamento ou fuga perante estados emocionais extremamente adversos e desagradáveis. Os indivíduos que apresentam atitudes parasuicidárias demonstram várias formas de evitamento experiencial, possivelmente originários de respostas emocionais mais intensas, como a pouca tolerância ao sofrimento psicológico, défice na capacidade de regulação emocional e/ou utilização de estratégias de coping alternativas.

O evitamento experiencial inclui qualquer comportamento que funcione como evitamento ou fuga a experiências internas ou externas desencadeantes (Hayes *et al.*, 1996). As experiências de evitamento podem incluir pensamentos, sentimentos, sensações somáticas ou outras experiências internas que se tornam stressantes

O evitamento experiencial é constituído por um amplo espectro comportamental sustentado pelo reforço negativo, e pode incluir uma grande variedade de comportamentos como supressão do pensamento, abuso ou dependência de drogas ou álcool, para evitar situações demasiado stressantes e ansiogénicas e por isso temidas pelo indivíduo.

Como se pode observar na Figura 4, apesar das consequências negativas associadas a este tipo de comportamento autolesivo, o para-suicídio consegue, até certo ponto, ser um comportamento bastante eficaz dentro da sua disfuncionalidade, uma vez que consegue de forma rápida, colocar fim a estados emocionais indesejados (Chapman et al., 2006).

**Figura 4 - Modelo de evitamento experiencial do para-suicídio (Adaptado de Chapman, Gratz, & Brown, 2006, *cit. in* Moreira, 2009)**



### 3. COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS/DIMENSÃO DO PROBLEMA

Em relação aos jovens, as taxas de suicídio têm aumentado de forma significativa, representando um grupo de elevada vulnerabilidade. Um estudo realizado com dados de noventa países estimou em 7,4/100 mil a taxa de suicídios entre jovens. O suicídio representa a segunda causa de morte de jovens na Itália, na França e no Reino Unido e a terceira causa nos EUA. Na Suíça o suicídio é a principal causa de morte na faixa etária dos 14 aos 25 anos, correspondendo a um suicídio a cada três dias e 15 a 20 mil tentativas/ano (Wasserman *et al.*, 2005).

As estatísticas que se conhecem mostram que as taxas de suicídio se distribuem de maneira desigual nos diferentes países, entre os sexos e entre os grupos etários. As taxas mais altas são observadas em idosos do sexo masculino. Em Portugal, as taxas de suicídio nessa população são consideravelmente superiores às observadas na população geral (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2013).

O suicídio tem vindo a aumentar entre a população mais jovem nas últimas décadas, sendo que os jovens representam, atualmente, um grupo de elevado risco (WHO, 2012). Em alguns países como Canadá, Sri Lanka, Áustria, Finlândia e Suíça, o suicídio em adolescentes e adultos jovens configura um padrão epidémico (Meneghel *et al.*, 2004). Na Europa, o suicídio é a segunda causa mais comum de morte entre adolescentes e adultos na faixa dos 15 aos 35 anos (WHO, 2012). Nesse sentido a adolescência tem sido considerada um período vulnerável ao comportamento suicida (Botega *et al.*, 2005).

Estima-se que ocorram cerca de 20 comportamentos da esfera suicidária não fatais por cada suicídio consumado. No entanto a falta de consciência sobre a dimensão global do suicídio, tem contribuído para que sejam poucos os países a

apresentarem programas de prevenção do suicídio como uma prioridade (WHO, 2012).

Segundo dados disponibilizados pelo INE (Instituto Nacional de Estatística, 2008), Portugal também tem registado um aumento significativo das taxas de suicídio, desde a viragem do milénio. As taxas globais de suicídio passaram de 5,1 por 100 mil habitantes, em 2000, para 9,8/100.000 habitantes, em 2008. Atualmente a taxa ronda os 10/100.000, cerca de 1.000 suicídios por ano. Tem maior incidência a sul de Santarém e caracteriza-se por ser um fenómeno que atinge sobretudo pessoas idosas, já os comportamentos para-suicidários são protagonizados maioritariamente por jovens e com uma distribuição uniforme a nível nacional.

Na última década, segundo dados da Sociedade Portuguesa de Suicidologia (Quadros 1, 2 e 3) as taxas de suicídio oscilaram entre 4,2 por 100.000 habitantes em 1998 e 11,7 em 2002 com picos em 2003 (10,5), 2004 (11,5) e em 2010 e 2011 as taxas de suicídio foram de 10,4 e 9,6 respectivamente.

**Quadro 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - PORTUGAL**

Ano	Global	Masculino	Feminino
1996	5	8.4	2.3
1997	4.9	8.3	2.1
1998	4.2	7.1	1.8
1999	5.3	8.1	2.6
2000	5.1	8.3	2
2001	7.3	11.7	3.3
2002	11.7	18.9	4.9
2003	10.5	16.6	4.8
2004	11.5	18	5.5
2005	8.8	13.8	4.1
2006	8.4	13.6	3.6
2007	9.6	14.5	4.9
2008	9.8	15.4	4.5
2009	9.6	15.6	4
2010	10.4	16.4	4.8
2011	9.6	15.5	4.1

**Quadro 2 - Taxas específicas por 100.000 habitantes (Sexo masculino)**

Ano	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	6.2	12.4	16.6	18.7	23.6	33.2	61.0
2006	4.3	7.3	12.1	13.6	16.9	27.8	48.0
2009	6.7	9.2	11.6	19.8	22.3	25.7	60.1

**Quadro 3 - Taxas específicas por 100.000 habitantes (Sexo feminino)**

Ano	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	1.8	3.8	4.0	4.6	8.9	7.7	11.1
2006	0.5	1.0	3.6	4.4	4.9	8.1	7.8
2009	1.4	2	3	5.6	4.7	7.7	10.7

**(Fonte: Sociedade Portuguesa de Suicidologia 2013)**

No que diz respeito à Europa, são conhecidas as elevadas taxas de suicídio nos países de leste, com destaque para a Lituânia, Rússia e Bielorrússia, Hungria, Eslovénia, Estónia, Ucrânia e Letónia com taxas anuais acima de 30/100.000. Seguem-se, países como a Finlândia, Bélgica, Croácia, Suíça e Áustria com taxas anuais acima de 20/100.000. Taxas de suicídios a situarem-se entre os 10 e 20/100.000 encontram-se em países como: França, Alemanha, Polónia, Suécia, Irlanda, Noruega. Com taxas inferiores a 10/100.000 estão Portugal, Espanha, Itália, Holanda, Grécia. (Saraiva, 2006).

Em Portugal, como em muitos outros países, os dados estatísticos conhecidos podem estar subavaliados. De acordo com diferentes autores, as estatísticas relativas às taxas de suicídio podem não ser confiáveis pelo risco de terem sido subestimadas, na medida em que os números que constam nas estatísticas oficiais provêm das causas de morte registadas nos atestados de óbitos, sendo que, em muitos casos, a família e a própria sociedade pressionam para que não conste como causa de morte o suicídio (Araújo *et al.*, 2010; Cassorla, 1991; De Leo & Evans, 2004; Dutra, 2002).

A literatura refere que algumas falhas estatísticas podem ocorrer por vários motivos e, principalmente, devido às dificuldades em identificar com precisão a causa de morte, por exemplo se determinados acidentes de viação ou de trabalho foram efetivamente um acidente ou se na realidade foram atos suicidários.

Mesmo que haja evidências de que a causa de morte de um indivíduo foi devida ao suicídio, esta geralmente é registada como acidente, pois, muitas vezes, não apenas a família da vítima nega a realidade como também os próprios profissionais dos serviços de saúde, que comumente registam o suicídio de maneira vaga, como por exemplo: “acidente por ingestão excessiva de medicamentos” (Dutra, 2002).

Avanci *et al.* (2005) consideram que entre as famílias de classe média e alta há uma grande omissão dos casos de tentativa de suicídio e até mesmo de suicídio consumado. É possível supor que jovens de classe média e alta procurem ajuda em consultórios ou clínicas particulares em vez de hospitais e/ou



postos de saúde, o que dificulta a notificação de casos de suicídio em adolescentes desses níveis socioeconómicos (Avanci *et al.*, 2005). Fatos dessa natureza demonstram a dificuldade das pessoas em lidar com um assunto tão complexo como o suicídio. Isso pode ser explicado, em parte, devido ao suicídio ser um tema permeado por mitos, tabus e preconceitos de diversa natureza, mas sobretudo ligados à moral e à religião (Dutra, 2002).

Relativamente aos comportamentos suicidários não letais a Organização Mundial da Saúde estima que as tentativas de suicídio sejam cerca de vinte vezes mais frequentes do que o suicídio consumado e também que, para cada tentativa de suicídio registada oficialmente, existem pelo menos quatro tentativas não registadas (WHO, 2012).

Em Portugal, estudos efetuados na década de noventa por investigadores de Coimbra, estimaram uma prevalência para as tentativas de suicídio entre 20 a 30 vezes superior às taxas de suicídio consumado, oscilando entre 150 e 250 por 100.000 e uma relação feminino/masculino de 2 para 1 (Veiga & Saraiva, 2003).

Apesar destes dados, serem preocupantes, Portugal é considerado um país com baixos índices de suicídio, a taxa global de suicídio segundo os dados oficiais mais recentes (2011) foi de 9.6 por 100 mil habitantes sendo 15,5 para homens e 4,1 para mulheres. Estes números colocam Portugal no 33º lugar no Ranking dos países que registam o maior percentual de casos de suicídio (Quadro 4). No ano de 2010, foram registados 1101 suicídios, e a taxa de suicídio por 100.000 habitantes foi de 10.4. (INE, 2011)

**Quadro 4 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Europa e outros países**

País	Global	Masculino	Feminino	País	Global	Masculino	Feminino
Lituânia	42.1	74.3	13.9	Eslováquia	13.3	23.6	3.6
Rússia	38.7	69.3	11.9	Irlanda	12.7	21.4	4.1
Bielorrússia	35.1	63.3	10.3	Nova Zelândia	11.9	19.8	4.2
Eslovénia	28.1	45.0	12.0	Canadá	11.9	18.7	5.2
Hungria	27.7	44.9	12.0	Luxemburgo	10.9	18.5	3.5
Estónia	27.3	47.7	9.8	Noruega	10.9	16.1	5.8
Ucrânia	26.1	46.7	8.4	Índia	10.7	12.2	9.1
Letónia	26.0	45.0	9.7	EUA	10.7	17.6	4.1
Japão	23.8	35.2	12.8	<b>Portugal</b>	<b>9.6</b>	<b>15.5</b>	<b>4.1</b>
Bélgica	21.1	31.2	11.4	Holanda	9.2	12.7	5.9
Finlândia	20.6	31.9	9.8	Espanha	8.2	12.6	3.9
Croácia	19.5	31.4	8.4	Itália	7.1	11.1	3.3
Suíça	18.4	26.5	10.6	Reino Unido	6.9	10.8	3.1
Áustria	17.9	27.1	9.3	Israel	6.3	9.9	2.7
França	17.6	26.6	9.1	Brasil	4.1	6.6	1.8
Moldávia	17.2	30.6	4.8	Albânia	4.0	4.7	3.3
República Checa	16.9	27.5	6.8	Grécia	2.9	4.7	1.2
Polónia	15.5	26.6	5.0	Geórgia	2.2	3.4	1.1
Roménia	14.1	23.9	4.7	Arménia	1.8	3.2	0.5
Bulgária	14.0	21.0	7.3	Azerbaijão	1.1	1.8	0.5
Dinamarca	13.6	20.2	7.2				
Alemanha	13.5	20.4	7.0				
Suécia	13.4	18.9	8.1				
Austrália	12.7	20.1	5.3				

**Fonte:** (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2011)

Os estudos sobre a prevalência da ideação suicida na população geral em Portugal são escassos, os que se conhecem focam-se em amostras de adolescentes, como os estudos de Sampaio (2000) & Oliveira (2006) e de estudantes universitários (Roberto, 2009; Pereira, 2011) ou então, em populações específicas, como é o caso da população reclusa, apresentado no estudo de Moreira (2009), existem no entanto vários estudos internacionais, a partir dos quais podemos tecer algumas considerações.

Weissman *et. al* (2005) num estudo levado a cabo em nove países encontraram uma oscilação de ideação suicida a variar entre 2.1% e 18.5%. Chamberlain *et. al* (2009), num inquérito telefónico que decorreu entre 2002 e 2007, na Austrália, encontraram uma prevalência de ideação suicida na ordem dos 5%. Estes autores citam ainda um outro estudo realizado por Bellerosse et al, 1994, foram encontradas prevalências de ideação suicida que variavam entre 11.9% na faixa etária entre os 15 e os 24 anos, e 1.6% na faixa etária acima dos 65 anos.

Relativamente à população Canadiana, Emond e colaboradores, num estudo publicado em 1988, referente à presença de ideação suicida no último ano, apresentaram dados por género e estado civil, tendo encontrado uma prevalência global de 3.9%, sendo que nas mulheres essa prevalência subia para 4.1% enquanto nos homens não passava dos 3.7%. De acordo com o mesmo estudo a prevalência de ideação suicida diminuía à medida que a idade dos respondentes aumentava, independentemente do género.

Ramsay & Bagley, num estudo levado a cabo na cidade de Calgary, onde questionaram 679 indivíduos, obtiveram prevalências de comportamentos suicidários ao longo da vida de 13.4% para a ideação suicida, 5.9% para-suicídio e 4.2%, para a tentativa de suicídio. No que concerne ao estado civil, os divorciados e solteiros eram os que apresentavam maior prevalência de ideação suicida, 8.3% e 5.9% respectivamente, quando comparadas com as pessoas casadas 2.7% e viúvas 2.2%. (Ramsay e Bagley 1985; *cit in Webster*, 1996).

Na Europa, e mais especificamente no Reino Unido, Meltzer et al. (2002) realizaram um estudo com uma amostra da população geral, onde encontraram prevalências de ideação suicida ao longo da vida de 14.9%, tendo estes valores diminuído quando se referiam ao último ano para 3.9%, e última semana para 0.4%. Quanto à segmentação por género, os autores constataram que a ideação suicida era mais frequente nas mulheres, com 17% contra apenas 13% nos homens. Com o aumento da idade a prevalência de ideação suicida diminuiu, tendo oscilado entre os 17% para a faixa etária entre os 16 e os 44 anos e 6%

entre os 65 e 74 anos, o que é congruente com os restantes estudos apresentados. Relativamente ao estado civil e a ocupação profissional, Meltzer encontrou valores de ideação suicida mais altos nas mulheres divorciadas: 28% contra apenas 13% nas mulheres casadas, e mais altas nos desempregados: 23.4% contra 13.2% nos empregados a tempo inteiro e 15.7% nos empregados a tempo parcial.

As principais ilações que podemos retirar destes estudos são:

- As mulheres apresentam níveis mais elevados de ideação suicida e de uma forma geral mais comportamentos suicidários;
- Uma maior prevalência de ideação suicida nos grupos etários mais jovens;
- O casamento parece funcionar como um fator protetor, relativamente a ser-se divorciado ou solteiro;
- O emprego surge também como fator protetor importante;
- A ideação suicida apresenta uma forte correlação com a sintomatologia psiquiátrica e é, de entre todos os comportamentos suicidários, aquele que tem uma maior prevalência parecendo reduzir com o aumento da idade.

A análise dos estudos mais recentes amplia o entendimento acerca dos fatores que predispõem ao comportamento suicida, indicando que, para que se possa atuar de maneira preventiva diante dos comportamentos suicidas, é preciso estar atento aos diversos fatores de risco e de proteção (Borges *et al.*, 2008).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a restrição ao acesso aos meios de cometer suicídio, a identificação e o tratamento precoce de pessoas com algum tipo de psicopatologia, especialmente a depressão, e que abusam de substâncias, o acesso facilitado aos serviços sociais e de saúde são estratégias efetivas para a prevenção.

### 3.1 – COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS JOVENS

Como já referimos, o suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública a nível mundial (WHO, 2012) e que os jovens têm vindo a ser considerados um grupo vulnerável e com risco aumentado para estes comportamentos (Barros *et al.*, 2006; Kokkevi *et al.*, 2010; Puentes-Rosas *et al.*, 2004).

Os estudos que investigam as características epidemiológicas das pessoas que tentam ou cometem suicídio têm destacado a associação desse ato com algumas variáveis como a idade, género, tentativas de suicídio anteriores, suicídios na família, existência de psicopatologia entre outros.

Vários autores, referem que o suicídio é mais prevalente nos indivíduos do sexo masculino, adultos e solteiros, verificando-se que poucos países diferem desse padrão, dentre eles Índia e China, onde, o suicídio predomina no sexo feminino. Em contrapartida, as tentativas de suicídio são epidemiologicamente diferentes do suicídio consumado em diferentes países, sendo que, de maneira geral, as mulheres cometem maior número de tentativas (Abasse *et al.*, 2009; Kinyanda *et al.*, 2011; Toro *et al.*, 2009).

O maior número de tentativas entre adolescentes do sexo feminino pode estar relacionado com o maior índice de depressão nesse grupo, uma vez que, a literatura se refere à depressão como importante preditor no comportamento suicida (Bahls & Bahls, 2002). As mulheres que tentam o suicídio comumente são jovens e solteiras e as tentativas geralmente ocorrem por meio da ingestão excessiva de medicamentos ou venenos (Baptista, 2004; Dutra, 2002).

No continente americano, pesquisas têm indicado que os jovens de 15 a 24 anos são os grupos populacionais de maior risco de suicídio (Toro *et al.*, 2009). Países como Finlândia e Canadá apresentam elevadas taxas de suicídio nos adolescentes e jovens adultos. Na Argentina, as taxas de suicídio entre adolescentes 15 a 19 anos são de 5,9 a cada cem mil habitantes. Na Colômbia,

no ano de 2006, foram registradas taxas de 12,0 por cem mil em homens dos 18 aos 24 anos e 4,0 por cem mil em mulheres dos 15 aos 17 anos (Toro *et al.*, 2009). No México, numa investigação realizada em 2001, foram registados 3784 suicídios, sendo 3110 em homens e 674 em mulheres. O maior aumento no número de casos de suicídio por grupo etário foi observado em adolescentes do sexo masculino entre 11 a 19 anos (4,5 por cem mil habitantes). Nesse grupo, o suicídio representa a segunda causa de morte, somente inferior à mortalidade por acidentes de trânsito, que por sua vez poderá esconder comportamentos suicidários. Os investigadores concluíram que houve um aumento acelerado de casos de suicídio, principalmente em homens e mulheres jovens (Puentes-Rosas *et al.*, 2004).

Baggio *et al.* (2009) investigaram a prevalência de planeamento suicida e fatores associados em estudantes adolescentes, numa região do Brasil. Encontraram uma prevalência de 6,3% de planeamento suicida, com taxas maiores de planeamento entre as raparigas. Com relação aos fatores associados ao planeamento, os adolescentes relataram sentimentos de solidão e tristeza. Este estudo reforça, a ideia já sustentada por outros autores (Bahls & Bahls, 2002; Baptista, 2004; Freitas & Botega, 2002; Kokkevi *et al.*, 2010), quando referem que a presença de sintomas depressivos (sentimentos de tristeza, desesperança, falta de motivação, diminuição do interesse ou prazer, problemas de sono, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, entre outros) são fatores de risco para o suicídio nos jovens (Araújo *et al.*, 2010).

Dutra (2002) considera que a solidão é um sentimento muito comum em adolescentes que tentam o suicídio. Os jovens relatam sentir falta de amigos e não ter ninguém para partilhar experiências e tristezas, apresentando maior probabilidade de desenvolver problemas emocionais, comportamentais e afetivos. Prieto & Tavares (2005) constataram que a falta de convivência com os pares durante a infância ou a adolescência, pode constituir-se como fator de risco para o suicídio, uma vez que o relacionamento afetivo com pares, nesta fase do desenvolvimento, reduzem o impacto das experiências adversas.

Entende-se que as experiências vividas no grupo de pares podem ser muito significativas e influenciar as características individuais dos adolescentes, incluindo comportamentos, temperamentos, cognições e habilidades para resolução de problemas, além de influenciar na sua autoestima e atenuar o impacto de acontecimentos de vida negativos e stressantes, constituindo uma importante fonte de apoio emocional e social.

O elevado número de suicídios nos jovens pode ser explicado, em parte, pela dificuldade de muitos jovens em enfrentar as exigências sociais e psicológicas impostas por esta fase desenvolvimental, em que os jovens podem experienciar grandes mudanças e enfrentar diversos desafios, que podem impulsionar muitos jovens a desenvolverem pensamentos e comportamentos suicidas. (Steinberg, 2000)

A literatura refere que, no período da adolescência podem ocasionalmente aparecer pensamentos de morte devido à dificuldade dos jovens em lidar com as dificuldades sociais, contextuais e situacionais impostas pela fase do ciclo vital em que se encontram (Werlang *et al.*, 2005). A ideação suicida também pode surgir como uma estratégia dos jovens para lidar com problemas existenciais, como a compreensão do sentido da vida e da morte (Borges *et al.*, 2008).

Estudos realizados em diferentes países mostram que as motivações para o suicídio (eg: história de suicídio na família, presença de transtornos mentais, exposição à violência, abuso de álcool e drogas, conflitos na família, etc.) tendem a ser constantes em adolescentes de diferentes culturas.

No entanto em relação aos métodos utilizados para cometer o suicídio, foi possível verificar diferenças entre países, sobretudo entre aqueles onde o uso de armas de fogo é permitido ou proibido. A maioria dos estudos norte-americanos descreve a presença de arma de fogo como um dos principais fatores de risco para o suicídio de adolescentes que apresentavam ideação suicida, sendo que a maior parte dos jovens que cometem suicídio, nos Estados Unidos da América, o faz por meio de arma de fogo. Em contrapartida, na maioria dos países a ingestão

excessiva de medicamentos é a principal forma utilizada pelos adolescentes para tentar o suicídio. (Abasse *et al.*, 2009; Baptista, 2004; Dutra, 2002)

A investigação mais recente tem-se centrado nos fatores de risco e proteção associados à problemática suicidária. Passaremos ao seu desenvolvimento.

### **3.1.1 – Fatores de risco**

Risco é um conceito epidemiológico que traduz a probabilidade da ocorrência de um evento indesejável ou prejudicial. Os fatores de risco orientam para a probabilidade de desencadearem ou estarem associados ao desenvolvimento de um acontecimento indesejado. Estando um determinado indivíduo ou grupo expostos a fatores de risco, a probabilidade de que algo de prejudicial à sua saúde ocorra, será tanto maior quanto maior e mais frequente for a sua exposição a estes fatores.

Para estimar o risco de suicídio, é necessária uma avaliação tanto de indicadores de proteção quanto de risco para os comportamentos suicidários. A prevenção do suicídio passará necessariamente pelo reforço dos fatores protetores e pela redução dos fatores de risco. O organismo federal dos Estados Unidos da América de controlo e prevenção de doenças (Center for Disease Control and Prevention) elaborou uma lista de quinze fatores de risco, que isoladamente ou em conjunto, potenciam o risco de suicídio na população geral.



### **Quadro 5 - Fatores de Risco nos Comportamentos Suicidários**

*(Centers for Disease Control and Prevention)*

- História familiar de maus-tratos na infância
- História familiar de suicídio
- Tentativas de suicídio anteriores
- História dos transtornos mentais, particularmente depressão
- História de abuso de álcool e substâncias psicoativas
- Sentimentos de desesperança
- Tendências impulsivas ou agressivas
- Crenças culturais e religiosas (por exemplo, a crença de que o suicídio é a resolução nobre de um dilema pessoal)
- Surto local de suicídios
- Isolamento, um sentimento de estar alheado de outras pessoas
- Barreiras no acesso ao tratamento da saúde mental
- Perda (relacional, social, laboral ou financeira)
- Doença física
- Acesso fácil a métodos letais
- Falta de vontade em procurar ajuda por causa do estigma associado à saúde mental e transtornos por abuso de substâncias ou de pensamentos suicidas

Traduzido e adaptado de:

**<http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/riskprotectivefactors.html>**

Não se conhecem com certeza os fatores ou circunstâncias que podem levar um jovem a cometer o suicídio. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2011) refere a vulnerabilidade associada à doença mental, os problemas relacionados com o álcool, perdas, história de tentativa de suicídio como os principais fatores de risco de suicídio. É importante salientar que esses aspetos, isoladamente, não são preditores do suicídio, mas a sua presença pode aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao comportamento suicida. Esta organização destaca ainda a impulsividade, irritabilidade, baixa tolerância às frustrações, dificuldade na

resolução de problemas, ansiedade excessiva, desesperança, isolamento social, sentimentos de inferioridade, ambivalência.

Sobre o suicídio nos jovens, (Avanci *et al.*, 2005; Baptista, 2004; Borges & Werlang, 2006; Cassorla, 1991; Dutra, 2002; Espinoza-Gomez *et al.*, 2010; Kokkevi *et al.*, 2010; Meneghel *et al.*, 2004; Prieto & Tavares, 2005; Toro *et al.*, 2009; Werlang *et al.*, 2005), destacam como fatores de risco: história de suicídios na família, acontecimentos de vida marcantes como: Negligência e maus tratos na infância, divórcios/separações, dificuldades escolares, conflitos interpessoais e problemas de relacionamento, separação de amigos/colegas, morte de pessoas significativas, abandono, exposição à violência intrafamiliar, história de abuso físico ou sexual, presença de acontecimentos stressantes ao longo da vida, fraco suporte social, sentimentos de solidão, suicídio de um membro da família, conflito em relação à orientação sexual, baixo autoconceito, problemas de saúde, baixa autoestima, dificuldade de aprendizagem e baixo rendimento escolar.

Em síntese, sobressaem como principais fatores de risco associados aos comportamentos suicidários:

### ***Existência de Psicopatologia***

Dados da Organização Mundial de Saúde mostram que as doenças psiquiátricas estão associadas a mais de 90% dos casos de suicídio, destacando os transtornos do humor, a esquizofrenia, os transtornos da personalidade e os transtornos relacionados com o consumo de substâncias. Ressalta, ainda, que, entre os jovens que apresentam comportamentos suicidários, há uma elevada incidência de transtornos da personalidade, sendo os mais frequentes o transtorno da personalidade “borderline” e o transtorno da personalidade antissocial (OMS, 2003).

Um estudo de metanálise, realizado por Bertolote, Fleischmann, De Leo & Wassermann (2004), revelou que mais de 90% dos jovens com comportamentos suicidas apresentam algum tipo de psicopatologia, sendo as mais observadas as perturbações de humor (30,2%), transtornos relacionados com o consumo de

substâncias (17,6%), esquizofrenia (14,1%) e transtornos da personalidade (13%). Jovens com transtornos do humor que tentam o suicídio apresentam frequentemente elevados níveis de ansiedade, concentração diminuída, insónia quase total, acentuada perda de prazer e interesse pela maioria das atividades e marcada desesperança (American Psychiatric Association, 2011).

Os jovens com elevados níveis de stress e ansiedade têm maior risco de apresentar comportamento suicida quando associado a depressão, alcoolismo, abuso de substâncias ou transtornos da personalidade (Valença, Nascimento, Nardi, Marques, Figueira & Versiane, 1998) citados por Prieto & Tavares (2005).

Outras pesquisas como as de Heisel & Flett (2004), para além de destacarem alguns quadros clínicos relacionados com comportamentos suicidários nos jovens, apontam também os indicadores próprios desses quadros (desespero, pensamentos negativos, baixo autoconceito, insónia, concentração diminuída, impulsividade, agressividade, anedonia, sentimentos de culpa, perfeccionismo, poucas razões para viver), que são frequentemente encontrados na população jovem com comportamento suicida.

A depressão tem uma associação positiva com a ideação suicida tanto na adolescência como na vida adulta (Baptista, 2004). Numa revisão de literatura, Prieto & Tavares (2005) verificaram que os estudos sobre fatores de risco para comportamentos suicidários têm demonstrado uma correlação desse comportamento com a presença de algum transtorno psiquiátrico e ao consumo de substâncias.

Freitas & Botega (2002) investigaram a prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida em 120 adolescentes grávidas atendidas num serviço público pré-natal, no Brasil. Os resultados indicaram que 19 adolescentes estavam com ideação suicida. Desses, 16 já haviam tentado suicídio anteriormente. Além disso, a ideação suicida esteve associada à depressão, e também ao baixo apoio social percebido.

Outros estudos têm destacado o consumo substâncias como fortemente associado a pensamentos autodestrutivos e tentativas de suicídio em adolescentes e jovens (Esposito-Smythers & Spirito, 2004). Estes autores exploraram a relação entre o uso de substâncias e o comportamento suicida em jovens, demonstrando que o uso de substâncias aumenta o risco de comportamentos suicidas.

### ***Ideação suicida***

A ideação suicida destaca-se como um dos principais preditores de risco suicida, sendo utilizado em muitas pesquisas para estimar a presença de um processo suicida (Prieto & Tavares, 2005). A pessoa pode ocultar os pensamentos suicidas, por razões diversas, como motivações religiosas, culturais, entre outras. Não admitir a existência de ideação suicida ou a sua negação é um problema que se coloca à investigação em suicidologia (American Psychiatric Association, 2003).

Borges e Werlang (2006) investigaram a presença de ideação suicida em adolescentes com idades entre 15 e 19 anos de uma população não clínica, procurando identificar o nível de associação entre ideação suicida e depressão/desesperança. Numa amostra de 526 adolescentes, 36% apresentaram ideação suicida, associada a depressão e 28,6% demonstraram sintomas de desesperança. As pesquisadoras verificaram também que as variáveis com maior associação à ideação suicida foram: sexo feminino, tentativa de suicídio de um amigo, depressão e desesperança. Assim, considera-se necessária a avaliação de adolescentes e o tratamento de sintomas depressivos identificados, que podem constituir uma importante ferramenta de prevenção de comportamentos suicidas.

### ***História de tentativas de suicídio***

Uma história de tentativas de suicídio anteriores faz aumentar o risco e este será tanto mais elevado quanto mais séria e recente for a tentativa. O risco de consumir o suicídio é geralmente muito elevado no primeiro ano após a tentativa,

particularmente nos primeiros três meses (American Psychiatric Association, 2003).

Nos jovens, as tentativas prévias de suicídio e a perda recente de uma pessoa querida (familiar, namorado/a, amigo), aumentam consideravelmente o risco de suicídio (Toro *et al.*, 2009). No estudo de Bella *et al.* (2010), as tentativas prévias de suicídio foram identificadas como o fator de risco mais importante para prever novos comportamentos suicidários em adolescentes. Também os jovens com história de suicídios na família possuem maior vulnerabilidade, verificando-se uma transgeracionalidade do comportamento suicida (Araújo *et al.*, 2010).

A relação entre suicídio e conhecer alguém que já tentou o suicídio é descrita pela literatura como um comportamento de imitação ou contágio (Mercy *et al.*, 2001). O comportamento de imitação pode ocorrer tanto por se conhecer alguém que cometeu o suicídio como também pela veiculação de notícias de pessoas famosas que cometeram o ato suicida (Werlang *et al.*, 2005).

O impacto que as notícias de suicídio exercem sobre algumas pessoas tem sido apontado por alguns autores como um importante fator de risco para suicídio, principalmente em adolescentes e adultos jovens (Daber & Baptista, 2004). Estes autores explicam que os casos de suicídio divulgados em jornais, televisão ou internet podem “contagiar” outras pessoas que procuram uma solução para os seus problemas, principalmente adolescentes ou jovens com problemas mentais.

### ***Desesperança e falta de projetos de vida***

São importantes indicadores de risco e mostram elevada associação com comportamentos suicidários (American Psychiatric Association, 2003). A desesperança traduz-se por uma distorção cognitiva caracterizada pela percepção de ausência de controlo pessoal sobre acontecimentos futuros e pelo sentimento da pessoa de que vai falhar ou vai encontrar consequências negativas no futuro, denotando uma percepção de si mesmo como incapaz de resolver os problemas. Essa forma de percecionar a vida e o futuro mostra-se altamente associada com

autocrítica excessiva e negativamente correlacionada com a autoestima e auto conceito (Heisel & Flett, 2004).

### ***Quadros ansiosos***

A severidade de sintomas ansiosos (sentimentos de medo, preocupações exageradas, ataques de pânico, agitação, raiva e frustração) aumenta o risco suicida. (Bertolote et. al, 2004). Numa revisão da literatura sobre fatores de risco para o suicídio, Prieto & Tavares (2005) verificaram a presença de várias experiências adversas ou stressoras em indivíduos com tentativas de suicídio, nomeadamente: situações de violência física, sexual, negligência e privação na infância e na adolescência. Notaram também a presença de mudanças frequentes nas condições de vida destes indivíduos, como, por exemplo, o divórcio dos pais e a perda de pessoas significativas.

Estes investigadores identificaram também alguns indicadores clínicos que atuam como preditores de suicídio, entre eles: a história de tentativas de suicídio, grau de intenção suicida, tipo de método escolhido e acessibilidade a este, a presença de arma de fogo no ambiente familiar, ausência de suporte social, depressão e histórico familiar de suicídio e impulsividade.

### ***Acontecimentos de vida negativos***

As evidências científicas têm mostrado uma elevada incidência de experiências adversas (*adverse life events*) em adolescentes e adultos jovens com comportamentos suicidários. A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos na idade adulta, entre eles a ideação e conduta suicida (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002).

Acontecimentos de vida negativos podem impedir a satisfação de necessidades emocionais fundamentais e conduzir a comportamentos suicidários. Não é apenas a ocorrência desses acontecimentos de vida negativos, mas sobretudo como a pessoa percebe a intensidade do seu impacto. Quando os acontecimentos de vida são frequentes e o seu impacto é muito negativo, as

cognições deterioram-se e a pessoa em vez de encontrar estratégias de “cooping” eficazes, pode reagir com ansiedade, rigidez e pânico.

A presença de uma situação traumática pode fomentar o risco de suicídio, comprometendo a capacidade para agir e as cognições (Wasserman, 2001). Os jovens suicidas vivenciaram um maior número de acontecimentos negativos recentes, como: problemas disciplinares ligados à escola, perdas interpessoais significativas, rutura de relações amorosas, separação dos pais (Freitas & Botega, 2002).

Espinoza-Gomez *et al.* (2010) investigaram a associação entre comportamentos suicidários e violência física, verbal e sexual no âmbito doméstico em 5.484 jovens universitários mexicanos. Os resultados mostraram que 15,8% dos jovens que participaram no estudo referiram ideação suicida e 7,3% referiram tentativa de suicídio, com uma frequência mais elevada entre os estudantes do sexo feminino. Os autores encontraram ainda uma forte associação entre violência doméstica e conduta suicida. Desta forma, compreende-se que a exposição à violência doméstica, além de desencadear diversos sintomas físicos, psicológicos e sociais (Sá *et al.*, 2009), pode contribuir também de forma significativa para o desenvolvimento de comportamentos suicidários nos jovens.

O estudo de Dieserud *et al.* (2010), que investigaram os fatores associados à tentativa de suicídio em adolescentes dos 13 aos 19 anos, revelou que os conflitos relacionais na família (famílias disfuncionais) foram apontados como os principais motivos das tentativas de suicídio.

### ***Suporte familiar e social***

Alguns estudos têm revelado ausência ou fraco suporte social e familiar entre os indivíduos com comportamento suicida. Pessoas que vivem com um companheiro, têm rede de amigos ou outro tipo de vinculação social, revelam menor probabilidade de apresentar comportamentos suicidários do que aqueles que não possuem esses vínculos. O isolamento social, físico e psicológico

constitui-se como indicador de risco, independente de outras circunstâncias (Wasserman, 2001).

Kokkevi *et al.* (2010) examinaram fatores psicossociais relacionados com as tentativas de suicídio em jovens na Grécia. Os resultados mostraram alguns fatores psicossociais de risco significativo para as tentativas de suicídio: género feminino, consumo de tabaco, uso ilegal de drogas, consumo frequente de álcool, insatisfação com o relacionamento estabelecido com os pais, baixa autoestima, depressão e comportamentos antissociais. Foi ainda possível verificar que os adolescentes que não coabitavam com ambos os pais também apresentaram maior risco. Os autores concluíram que o principal fator de proteção para as tentativas de suicídio foi a satisfação no relacionamento com os pais e um bom autoconceito e autoestima.

Os autores notaram ainda que um adequado suporte social e familiar ao indivíduo que pensa no suicídio é de extrema importância na prevenção dos comportamentos suicidários. Compreende-se, dessa forma, que o suporte familiar durante a adolescência pode servir como amortecedor para os acontecimentos stressores de vida, constituindo-se em importante fator de proteção do suicídio.

### ***Padrões de Vinculação Inseguros***

Experiências de carência emocional ocorrem frequentemente quando as famílias são disfuncionais e, são geradoras de padrões de vinculação inseguros. Experiências traumáticas precoces, decorrentes de privações durante a infância, podem alterar o funcionamento do sistema nervoso central e contribuir para o aumento do risco suicida (Wasserman, 2001). Muitos suicidas tiveram uma infância marcada por cuidados parentais deficitários, clima emocional negativo em que as necessidades de proximidade, contacto, compreensão e amor foram negligenciados.

Os estudos de (Vieira *et al.*, 2009) mostram bem a importância das relações interpessoais e dos vínculos afetivos. Na sua investigação verificaram que uma das razões que leva os jovens a enveredarem por comportamentos suicidários é o



“amor não correspondido”, seja esse amor no sentido de namoro ou nos relacionamentos familiares marcados pela fragilidade dos vínculos afetivos. Desta forma, as investigadoras destacam a importância da família no estabelecimento de relações de afeto e de suporte social. O sofrimento psíquico também foi apontado como um fator influenciador dos comportamentos suicidários que aparecem, como um meio para os jovens resolverem os seus problemas e conflitos.

A maioria dos estudos defende a ideia de que não é a configuração da família que determina o desenvolvimento adequado dos seus membros mas sim a sua dinâmica e a qualidade do vínculo familiar. O vínculo afetivo entre os membros de uma família (seja ela nuclear ou não) tem a função de proteção inclusive para o comportamento suicida (Krüger & Werlang, 2010). Os jovens provenientes de famílias nucleares apresentaram menor incidência de tentativa de suicídio do que nos jovens com pais divorciados ou com um dos progenitores já falecido (Arnautovska & Grad, 2010; Ficher e Vansan, 2008; Werlang *et al.*, 2005).

### ***Stress e Depressão***

Os jovens que vivenciam altos níveis de stress são sobrecarregados por ansiedade, raiva, desesperança, associados a reações psíquicas intensas. Repetidas e duradouras situações de stress tornam as pessoas mais suscetíveis, prejudicando a habilidade para lidar com as situações adversas da vida. O stress continuado, pode revelar-se muito prejudicial para a saúde e originar alterações na concentração e atenção, o que diminui a capacidade de resolução de problemas. Quando o ambiente é percebido como excessivamente stressante, a pressão é grande, levando ao aumento da ansiedade, ao sentimento de desesperança, podendo surgir uma ideação suicida severa e culminar no suicídio (Wasserman, 2001).

A maioria dos estudos sobre suicídio menciona a depressão como um dos principais fatores de risco em todas as faixas etárias. Assim, o diagnóstico e

tratamento dos quadros depressivos dos jovens tornam-se necessários na prevenção das condutas suicidas (Baggio *et al.*, 2009; Bahls & Bahls, 2002; Baptista, 2004; Werlang *et al.*, 2005). Entre um a dois terços dos suicídios ocorre em jovens clinicamente deprimidos (Bahls & Bahls, 2002).

Estudos epidemiológicos sobre depressão sugerem, ainda, um claro predomínio desse transtorno em jovens do sexo feminino (Bahls & Bahls, 2002), sugerindo que pode ser um dos motivos pelos quais as raparigas tentam mais o suicídio do que os rapazes. Jovens deprimidos apresentam, em geral, humor irritável e instável, com frequentes episódios de explosão e de raiva. Podem, ainda, apresentar perda de energia, apatia, desinteresse, perturbações do sono, alterações de apetite, isolamento, dificuldade de concentração, sentimentos de desesperança, uso e abuso de drogas e, em casos extremos, ideação e comportamento suicida (Bahls & Bahls, 2002).

No estudo de Werlang *et al.* (2005), as variáveis depressão e conhecer uma pessoa que já tentou ou cometeu o suicídio foram as variáveis que mais se relacionaram com a ideação suicida. As autoras concluíram, assim, que jovens deprimidos e com amigos com tentativas de suicídio podem desenvolver ideação suicida mais facilmente.

### ***Disponibilidade do método suicida***

Há evidências de que a decisão de atentar contra a própria vida, em muitos casos, é tomada pouco tempo antes de o ato ser concretizado, principalmente na população mais jovem, denotando elevada impulsividade e ambivalência. Esse fato sugere o efeito protetor da restrição do acesso a métodos letais entre populações com risco. A incidência de suicídio é maior quando, por exemplo, o acesso a uma arma de fogo (um dos métodos mais escolhido) ou outro método de alta letalidade está facilitado. (Prieto & Tavares, 2005).

### 3.1.2 – Fatores protetores

Existem características e circunstâncias individuais e coletivas que, quando presentes e/ou reforçadas, estão associadas à prevenção de comportamentos suicidários, sendo por isso designadas de fatores protetores.

Os fatores protetores diminuem o risco suicida, funcionando como uma espécie de “escudo” contra os impulsos suicidas. São fatores que fortalecem as estratégias para lidar com os problemas e ajudam a diminuir a probabilidade do indivíduo desenvolver comportamentos suicidários. Entre os fatores protetores são mencionados: contactos gratificantes com familiares, amigos, colegas, suporte social, competências sociais, capacidade de resolução de problemas, bom autoconceito e autoestima, estilos de vida saudáveis, valores culturais, religião, boas relações interpessoais e grupais.

De acordo com Meneghel *et al.* (2004), alguns fatores protetores têm sido relacionados com uma menor ocorrência do suicídio consumado destacando-se a baixa prevalência de alcoolismo, religiosidade e/ou espiritualidade e atitudes flexíveis em relação às aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida, diagnóstico precoce e tratamento de doença mental de risco, procurar ajuda em momentos de crise e boas redes de apoio social.

Wasserman (2001) apresenta alguns indicadores de proteção:

**Estilos cognitivos e características de personalidade:** Incluem autoconfiança, capacidade para procurar ajuda perante as dificuldades, abertura para experiências e soluções de outras pessoas; habilidade para comunicar; uso construtivo do tempo de lazer, estratégias de “cooping” eficazes na gestão do tempo das pressões e do stress; flexibilidade cognitiva; habilidade para lidar com os problemas; capacidade de encontrar soluções alternativas; não exagerar o significado das situações de vida negativas e a existência de um projeto de vida com objetivos realistas.

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores associados

**Modelo familiar:** Bom suporte familiar e padrões de vinculação seguros são protetores contra o suicídio. Verifica-se elevada incidência de problemas de saúde mental entre os familiares de pessoas com comportamento suicida;

**Fatores culturais e sociais:** Adoção de valores e tradições culturais específicos; boas relações com amigos, colegas e vizinhos; integração social, como participação em atividades desportivas, religiosas e sociais;

O organismo federal dos Estados Unidos da América de controlo e prevenção de doenças (Center for Disease Control and Prevention) lista alguns fatores protetores (Quadro 6)

#### **Quadro 6 - Fatores protetores dos comportamentos suicidários**

*(Centers for Disease Control and Prevention)*

- Acompanhamento clínico apropriado e eficaz para patologias do foro mental, físico e desordens de abuso de substâncias
- Acesso facilitado a uma variedade de serviços médicos e de apoio aos que procuram ajuda
- Apoio familiar e da comunidade
- Cuidados médicos e de saúde mental continuados no tempo
- Aprendizagem de competências de resolução de problemas, de resolução de conflitos e de formas não violentas de lidar com conflitos
- Crenças culturais e religiosas que desencorajem o suicídio e potenciem os instintos de auto preservação

Traduzido e adaptado de:

<http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/suicide/riskprotectivefactors.html>

Segundo Suominen *et al.* (2004) a presença de bons vínculos afetivos, estar integrado num grupo ou comunidade, estar casado ou com companheiro

fixo e ter filhos pequenos são fatores protetores. Ainda segundo o mesmo autor, a uma maior proximidade religiosa estão associadas menores taxas de suicídio,

A resiliência e a capacidade de enfrentar e responder positivamente a acontecimentos de vida potencialmente adversos são identificadas na literatura como importantes fatores de proteção contra o suicídio. A nível individual podem ser apontados como fatores protetores a saúde mental positiva; estilos de vida saudáveis; a utilização de estratégias de *coping* eficazes, ter projetos de vida, harmonia familiar, boas relações sociais, emprego estável e habitação condigna.

Segundo (Botega et al, 2006), a nível cultural também existem alguns fatores que influenciam as taxas de suicídio, atuando como fatores protetores nomeadamente nas sociedades que valorizam a interdependência, em que os indivíduos são estimulados a falar sobre os seus problemas e onde existe uma abertura e aceitação de formas diferentes de pensar e agir, sendo considerado um sinal positivo o pedido de ajuda.

Ao analisarmos os fatores de risco e de proteção associados aos comportamentos suicidários, notamos que, de uma forma geral, os fatores de risco têm um cariz marcadamente pessoal, ou seja, são inerentes ao próprio indivíduo, mais do que à comunidade que o rodeia. Quando nos focamos nos fatores protetores, constatamos que estes, pelo contrário, se localizam muito mais na comunidade e na qualidade dos serviços de saúde oferecidos por esta. Apesar da maioria dos fatores protetores se encontrarem ao nível da comunidade, não podemos excluir, a existência de fatores protetores de cariz mais individual, tais como a existência de relações significativas e positivas, vida social satisfatória, um bom autoconceito e autoestima, padrão de vinculação seguro, prática de atividades de lazer.



## **4. VULNERABILIDADES DOS ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR**

### **4.1 ACADÉMICAS**

O ingresso no ensino superior é um acontecimento importante para qualquer estudante, caracterizado por diversas mudanças e desafios importantes no seu desenvolvimento, mas ao mesmo tempo potenciadoras de crises e obstáculos, gerando stress e ansiedade (Cooke, Bewick, Bahrkham, Bradley, & Audin, 2006; Costa & Leal, 2004).

Algumas dessas crises situacionais são superadas de uma forma saudável por muitos estudantes, mais resilientes, mas pode exacerbar dificuldades psicológicas pré-existentes ou desencadear o surgimento de novas dificuldades noutros.

Durante a frequência do ensino superior, ocorrem múltiplas mudanças na vida dos estudantes, período marcado por um conjunto de transições desenvolvimentais e académicas, desafios e incertezas quanto ao seu percurso académico e profissional que podem originar problemas de saúde mental tornando os estudantes do ensino superior mais vulneráveis e com risco aumentado para os comportamentos suicidários.

#### **4.1.1 Ingresso/adaptação ao ensino superior**

Para muitos estudantes, uma das primeiras dificuldades está associada à saída de casa dos pais pela primeira vez, para ir morar noutra cidade, numa residência de estudantes, num apartamento ou num quarto alugado, o que implica novas responsabilidades em tarefas quotidianas. (Teixeira, Dias, Wottrich, & Oliveira, 2008). Muitos estudantes são afetados pela separação da família e dos

amigos, importantes fontes de suporte familiar e social ao longo das suas vidas (Ferraz & Pereira, 2002; Pancer, Hunsberger, Pratt, & Alisat, 2000).

A família, como importante fonte de suporte terá influência em todo o processo de integração e adaptação do estudante ao ensino superior e no seu desenvolvimento psicossocial, esta poderá ser facilitadora da adaptação do estudante se os padrões de relacionamento se caracterizarem por laços afetivos e suporte familiar no processo de separação, ou pelo contrário, como obstáculo quando é dominada pelo conflito, ausência de apoio e vinculação disfuncional (Silva & Ferreira, 2009).

Quando o estudante sai de casa para estudar noutra localidade, não é apenas dos pais que tem saudades. Os amigos são também importantes redes de suporte social e tem também que aprender a lidar com a sua ausência.

Os alunos deslocados apresentam níveis mais elevados de stress e mais dificuldades na adaptação do que aqueles que continuaram a morar na sua residência habitual, apresentando, no entanto, valores mais elevados na dimensão interpessoal (Seco et al, 2007).

Clare (1995), aponta algumas dificuldades com que os estudantes do ensino superior se deparam e que podem ser geradoras de stress e instabilidade psicológica:

1. Saída da casa dos seus pais pela primeira vez na sua vida;
2. Assumir, pela primeira vez, responsabilidades múltiplas decorrentes da gestão de um orçamento limitado, do aluguer de casa/quarto, alimentação, manutenção das suas roupas;
3. Competição com os pares do ponto de vista académico, sendo frequente a constatação de que se está a competir com “os melhores”;



4. A instituição de ensino superior pode levar a uma primeira experiência de insucesso académico, com todas as implicações que isso poderá trazer para o estudante e família;
5. Descobertas do estudante relativamente à sua sexualidade, com o estabelecimento de uma primeira relação mais duradoura; nos casos em que o aluno descobre em si uma orientação sexual diferente da que é típica ou esperada.

A transição para a universidade é, então, uma situação que envolve vários stressores e que requer adaptação a vários níveis. Para lidar com algumas destas dificuldades, os estudantes têm alguns recursos, que Clare (1995) destaca da seguinte forma:

- Fatores individuais a nível cognitivo-emocional, social, autoestima e estratégias de *coping*;
- O grupo dos pares, relacionado com o envolvimento em atividades extracurriculares, nas quais o estudante pode desenvolver e cultivar aptidões sociais, bem como adquirir redes de suporte social consideradas indispensáveis para o seu bem-estar,
- Os pais e restante família do estudante constituem outra fonte importante de suporte, aconselhando, dando afeto, encorajando e constituindo-se como um recurso importante para quando as coisas correm menos bem;
- Uma relação amorosa privilegiada, a descoberta de um talento especial e um bom ambiente de trabalho são também importantes fatores de suporte.

A escolha de estratégias eficazes para lidar com as circunstâncias decorrentes do novo processo de transição nem sempre é fácil, mais de metade dos estudantes sente dificuldades na adaptação, que se podem traduzir em alterações nos hábitos e estilos de vida e mesmo através do desenvolvimento ou agravamento de psicopatologia (Leitão & Paixão, 1999). Um processo de adaptação bem-sucedido, especialmente no primeiro ano, é um preditor importante do sucesso dos alunos ao longo do seu percurso académico, bem como do seu

desenvolvimento e bem-estar (Lent, Taveira, Sheu, & Singley, 2009). Por conseguinte, as instituições podem ter aqui um papel ativo, ao desenvolverem estratégias de apoio psicossocial na transição para o ensino superior, promovendo a integração dos estudantes, com particular atenção aos alunos que vivenciam mais mudanças, como é o caso dos deslocados (Taveira et al., 2000).

#### **4.1.2 Desempenho académico**

Como temos vindo a referir a frequência do ensino superior é, sem dúvida, um período de potencial desenvolvimento pessoal e social para o estudante mas também um período de stress acrescido, sendo o estudante confrontado com uma série de desafios relacionados com processos desenvolvimentais, como a formação da identidade e autonomia, o estabelecimento de relações íntimas; pressão do meio académico e pressões parentais para tirar boas notas, dificuldades económicas e ansiedades sociais (Kadison & Di Geronimo, 2004).

A literatura refere vários fatores que se correlacionam com o sucesso /insucesso académico e por conseguinte com a permanência ou abandono dos estudos, entre eles problemas de natureza psicológica e comportamental como depressão, ansiedade, stress, perturbações do sono, problemas de concentração e atenção que por regra conduzem a sucessivas reprovações, transferências e mudanças de curso. (Kim, Newton, Downey, & Benton, 2010).

Os jovens com dificuldades académicas, traduzidas por um baixo desempenho académico e que apresentam problemas de comportamento parecem estar em maior risco de suicídio. Esta relação é também confirmada por Saraiva (2006) &, King *et al.* (2008).

Num estudo realizado por Arun & Chavan (2009) sobre stress e ideação suicida que envolveu 2.402 estudantes com idades entre os 12 e os 19 anos, os resultados evidenciaram que cerca de 45% dos alunos tinham problemas psicológicos e 6% relataram ideação suicida. Em suma, os investigadores

encontraram uma relação estatisticamente significativa entre o declínio no desempenho académico e a ideação suicida.

Nos Estados Unidos da América, fez-se um estudo numa amostra de 28 000 estudantes, para averiguar quais os fatores que estes consideravam estar a afetar o seu desempenho académico. Em primeiro lugar, surgiu o stress (29%), outros fatores apontados foram as perturbações de sono (21%), preocupação com um membro da família ou amigo com problemas (16%), dificuldades relacionais (15%), depressão e ansiedade (11 %) e uso de álcool (10%) (ACHA, 2010).

## 4.2 PSICOSSOCIAIS

O ingresso e frequência do ensino superior proporcionam aos estudantes novas perspetivas para a vida, muitas vezes com muitas expectativas e ilusões em relação ao futuro pessoal e profissional (Chafey, 2008). No entanto pode implicar um conjunto de dificuldades, como por exemplo, a adaptação a um novo local e a novas relações sociais; dúvida em relação à capacidade para exercer a futura profissão; receios em relação ao mercado de trabalho; a ansiedade e o stress associado ao seu desempenho académico. Por isso, e tal como qualquer outro jovem adulto, os estudantes universitários têm de lidar com as mudanças psicológicas e psicossociais associadas à fase de desenvolvimento que atravessam e que exige deles a aquisição de autonomia em diversos domínios da sua vida.

Estas circunstâncias obrigam ao desenvolvimento ou consolidação de certas capacidades psicossociais, refletindo-se de formas diferentes em cada indivíduo tendo em conta, entre outros aspetos, a estrutura de personalidade, e capacidades cognitivas. Em função das suas características pessoais e de determinadas circunstâncias sociais e culturais, a necessidade de adaptação pode não ser bem-sucedida, levando a problemas psicológicos e de saúde mental nos

estudantes, com consequente desenvolvimento de traços psicopatológicos e, eventualmente, o desenvolvimento de comportamentos suicidários.

#### **4.2.1 Saúde mental**

Vários estudos têm revelado que os níveis de saúde mental dos estudantes do ensino superior, são inferiores aos da população geral, o que tem levado a uma preocupação crescente da comunidade científica em relação a esta problemática (Monteiro, 2008; Roberts & Zelenyansky, 2002; Stewart-Brown et al., 2000). Apesar disso, a compreensão do estado de saúde mental dos estudantes universitários é ainda limitada.

Os principais motivos para procura de ajuda junto dos serviços de aconselhamento de instituições do ensino superior, devido a problemas de saúde mental são o stress, a ansiedade, depressão, comportamento suicidário, abuso de substâncias, perturbações do comportamento alimentar e comportamento psicótico (Kadison & DiGeronimo, 2004; Sharkin 2006). A nível nacional, a situação parece ser semelhante, como reporta a Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior (RESAPES, 2010).

Segundo Oliveira (2010), dados provenientes da consulta de psicologia dos Serviços de Ação Social da Universidade de Aveiro (SASUA), relativos ao ano 2009/2010, a maioria (58%) dos problemas apresentados pelos alunos fazem parte de algum quadro nosológico descrito no DSM-IV TR (APA, 2011).

Por sua vez os dados provenientes das consultas de psicologia clínica e da saúde dos Serviços de ação social da Universidade de Coimbra indicam que as perturbações mais frequentes nos alunos são as de ansiedade (38%); depressão (11,6%), crises de pânico (10,5%), ansiedade generalizada (7,4%), perturbações do comportamento alimentar (5,3%) e perturbação da adaptação (5,3%). São também referidas perturbações do sono (insónia). Os restantes casos (42%) apresentam problemas diversos, como dificuldades escolares; conflitos familiares, dificuldades económicas (Oliveira, 2010).

Neste contexto, o *National College Health Assessment* pode ser visto como um primeiro passo em direção a uma maior compreensão do atual estado de saúde mental de todos os estudantes (Soet, & Sevig, 2006).

No (quadro 7) são apresentados os resultados relativos ao ano de 2010, onde podemos verificar percentagens significativas de ansiedade, depressão e até pensamentos suicidários nos estudantes.

#### Quadro 7 - Prevalência de alguns sintomas psicológicos em 2010

(*National College Health Assessment (ACHA, 2010)*)

Sintoma	Ao longo dos últimos 12 meses (%)	Pelo menos uma vez nos últimos 12 meses (%)
Sentir que não havia esperança	22.0	45.6
<b>Sentir-se esmagado pelo que tinha para fazer</b>	<b>20.5</b>	<b>85.2</b>
<b>Sentir-se esgotado (sem ser devido a exercício)</b>	<b>17.8</b>	<b>80.1</b>
Sentir-se muito sozinho	22.6	56.4
Sentir-se muito triste	25.1	60.7
Sentir-se tão deprimido que era difícil funcionar	15.6	30.7
Sentir uma ansiedade devastadora	19.9	48.4
Sentir uma raiva devastadora	18.4	38.2
Pensar em suicidar-se	3.9	6.2
Tentar suicidar-se	0.8	1.3

Num estudo abrangente realizado na Universidade de Leicester (Reino Unido), Os resultados revelaram que 14% dos estudantes estavam moderadamente deprimidos, 13% com sintomas obsessivo-compulsivos, 12% com desconforto social, 9% com sintomas de hostilidade, 3.5% de somatização e 3% de ansiedade fóbica (Grant, 2002).

Desde então, surgiram outros estudos não só no Reino Unido (Bewick, Gill, Mulhern, Barkham, & Hill, 2008; Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006), mas um pouco por todo o mundo. Países como a Noruega (Nerdrum, Rustoen, & Ronnstad, 2006), Turquia (Bayram, & Bilgel, 2008), Canadá (Adlaf, Gliksman, Demers, & Newton Taylor, 2001), Japão (Watanabe, 1999) ou a China (Wong,

Cheung, Chan, Ma, & Tang, 2006) deram a conhecer um pouco mais sobre a saúde mental dos seus estudantes. O que todos estes estudos têm em comum é a elevada percentagem de estudantes (20% a 40%) com sintomatologia sugestiva de algum tipo de psicopatologia.

Entre os principais problemas referidos por estes e outros estudos na área, destacam-se: perturbações de humor, perturbações de ansiedade, perturbações ligadas ao consumo de álcool e substâncias e comportamentos da esfera suicidária (Sharkin, 2006). Para os profissionais de saúde que trabalham nas instituições do ensino superior, os efeitos de certos problemas de saúde mental nos estudantes são claros. Por exemplo, o stress a ansiedade e quadros depressivos não tratados pode diminuir o funcionamento cognitivo (Haines, Norris, & Kashi, 1996). Para além dos profissionais de saúde, também os professores e os próprios alunos parecem reconhecer que os aspetos relativos à saúde mental têm um impacto importante no funcionamento académico (O'Malley & Johnston, 2002).

Aliado aos problemas de saúde mental nos estudantes, está em alguns casos o crescente e preocupante consumo de psicofármacos. Perante as dificuldades académicas, alguns estudantes recorrem aos estimulantes para melhorar a memória, a concentração e a capacidade de estar alerta, sendo particularmente utilizados para ficar acordado até mais tarde ou estudar mais nas vésperas dos exames. Outros, por não conseguirem lidar eficazmente com o stress, ou para diminuírem a sensação de tristeza ou sintomas depressivos, tomam antidepressivos (Kadison, 2005).

Quando o estudante se sente impotente para lidar com as pressões da vida académica e sem esperança, pode pensar, ou mesmo tentar o suicídio. Embora a taxa de suicídio nesta população não seja muito elevada, situando-se entre 6.5 e 7.5 em cada 100.000 alunos (nos Estados Unidos), a verdade é que constitui a segunda causa de morte entre os estudantes do ensino superior (King, Vidourek & Strader, 2008).

As consequências dos problemas de saúde mental são diversas e manifestam-se a vários níveis, não apenas individual, afetando o funcionamento físico, emocional, cognitivo e académico (Andrews & Wilding, 2004; Vaez & Laflamme, 2008).

Depois da apresentação do panorama geral da saúde mental nos estudantes do ensino superior, faremos agora algumas considerações sobre as três problemáticas mais vivenciadas e referidas pelos estudantes – O stress, a ansiedade e a depressão.

#### 4.2.2 Stress

O stress é um conceito muito utilizado pela população em geral. Na comunidade científica, tem sido abordado sob diferentes perspetivas. Os diferentes modelos explicativos do stress têm em comum o facto de tentarem compreender a resposta do organismo perante as agressões externas. O stress faz parte da vida de todos nós, há mesmo quem refira que ele é indispensável, muitas vezes o “motor” que nos ajuda a trabalhar e a resolver os problemas e ultrapassar as dificuldades é o designado “*Eustress*” ou nível óptimo de stress.

Para Selye (1984) o stress é uma resposta não específica do organismo a qualquer pressão ou ameaça sobre ele. Para lidar com o stress, o organismo desenvolve o Síndrome Geral de Adaptação (SGA), que é composto por três fases: 1) uma reação inicial de alarme; 2) uma fase de adaptação associada à resistência ao stressor; 3) um estágio de exaustão. Quando o stress é reconhecido cognitivamente pelo organismo como uma condição aversiva, desagradável ou perigosa, que provoca a tentativa de evitamento ou fuga dessa mesma condição, surge o “*distress*”.

Holmes & Rahe (1967) focaram-se, não apenas nas respostas do organismo, mas também nas circunstâncias, ou estímulos, que provocam stress. Estes autores afirmaram que os acontecimentos do meio ambiente podem funcionar como estímulos que exercem forças sobre o sujeito, gerando stress.

Nesse sentido, fizeram um levantamento de uma série de acontecimentos importantes que causam mudanças na vida dos indivíduos, e por isso, exigem ajustamentos significativos, que podem passar por modificações nos hábitos, padrões de atividade e relações sociais.

Para lidar com o stress, o indivíduo vai realizar esforços cognitivos e comportamentais, as denominadas estratégias de *coping*. Lazarus e Folkman (1984) consideram que as estratégias de *coping* se dividem em estratégias focadas no problema, em que se fazem tentativas de alterar a situação problemática e em estratégias focadas nas emoções, em que se tenta lidar com as respostas emocionais à situação problemática.

No estudante universitário, como na população geral, as respostas poderão manifestar-se de forma *emocional* (e.g. sentimentos de medo, ansiedade, raiva, depressão); *cognitiva* (e.g. pensamentos acerca das situações stressantes); *comportamental* (fumar ou beber mais); *fisiológica* (e.g. tremores, dores de cabeça, perda ou ganho de peso) (Misra & McKean, 2000).

Para tentar diminuir o stress, os indivíduos fazem uma avaliação dos recursos de que dispõem e selecionam uma ou várias estratégias de *coping*. Estas estratégias podem ser: focadas no problema, ou seja, na resolução da situação indutora de stress; Nas emoções, ou seja, na diminuição da tensão emocional provocada pelo stress; Na interação social, ou seja, no apoio ou suporte social que possa receber.

A frequência do ensino superior, implica sempre grandes mudanças, pelo que pode ser vivenciada, em si mesma, como stressante, especialmente para os alunos do primeiro ano (Bayram & Bilgel, 2008; Lu, 1994; Pereira, 2007). Estudos realizados nos Estados Unidos da América indicam que entre 16 a 30% dos alunos do primeiro ano apresentam stress (Arehart-Treichel, 2002).

Entre as principais causas de stress dos alunos do primeiro ano encontram-se dificuldades financeiras, exigências do ambiente universitário e o processo administrativo da universidade (Bojuwoye, 2002). Para além disso, uma fonte de



stress, que atinge principalmente os alunos deslocados é a necessidade de construção de novas amizades e relações (Radcliffe & Lester, 2003).

Outras fontes de stress, transversais a todos os anos, são: alterações nos hábitos alimentares e de sono, conhecer novas pessoas, o conteúdo dos cursos, aumento da carga de trabalho, gestão do tempo, novas responsabilidades, falta de motivação e falta de confiança, medo de falhar e pressão por parte dos pais (Aherne, 2001; Misra & McKean, 2000; Monk, 2004).

Na Universidade de Leicester, Reino Unido, realizou-se entre 1998 e 2001 um estudo, que procurou saber quais as principais fontes de preocupação e stress para os estudantes universitários, tendo sido abrangidas diversas áreas de vida. No que diz respeito à área académica, os inquiridos apontaram os seguintes problemas como um impacto considerável ou muito importante nos seus níveis de stress:

- A capacidade de clarificar e de preencher os requisitos académicos e/ou de carreira,
- A capacidade de gerir e terminar os trabalhos do curso,
- A capacidade de estabelecer prioridades, de tomar decisões e de gerir o tempo, concentração, ultrapassar os medos de fazer exames e competências de estudo

(Educational Development and Support Centre [EDSC], 2002; Grant, 2002).

Estudos baseados em revisões sistemáticas da literatura têm mostrado que os principais fatores de stress nos estudantes são: A transição para o ensino superior, exames, stressores académicos ou relacionados com o estudo, dificuldades financeiras, as relações interpessoais, as pressões ligadas a papéis sociais, dinâmicas transculturais (que afetam minorias e estudantes internacionais) e clima de violência (Howard et al., 2006; Robotham, 2008; Robotham & Julian, 2006).

Os dados disponíveis indicam que os estudantes do ensino superior sofrem de níveis elevados de stress. Um estudo realizado nos Estados Unidos da

América, revelou que mais de metade dos estudantes se sentia sempre, quase sempre ou frequentemente stressados (Hudd et al, 2000).

Outros estudos referem percentagens de 30% de estudantes com níveis moderados ou elevados (e.g. Bayram & Biegel, 2008; Wong et al., 2006). Portugal parece não fugir muito ao panorama geral. As pesquisas realizadas apontam para percentagens entre 48% e 65% de estudantes com stress moderado e de 19% a 26% com nível elevado (Luz et al., 2009; Pereira et al., 2009). Um estudo realizado com o Inventário do Stress em Estudantes Universitários (Pereira et al., 2004) revelou que o principal fator de stress dos estudantes é a ansiedade face aos exames (25%), seguido da autoestima e bem-estar (22%), ansiedade social (13%) e, finalmente, as condições socioeconómicas (8%) (Veríssimo, Costa, Gonçalves, & Araújo, 2010).

O stress pode dificultar a adaptação do estudante ao ensino superior, em termos pessoais, emocionais e sociais (Friedlander et al., 2007; Gall, Evans, & Bellerose, 2000). Para além disso, afeta a autoestima, encontrando-se negativamente associado à perceção que o estudante tem de si a vários níveis, inclusive nas competências escolares (Goldman, & Wong, 1997; Hudd et al., 2000).

Embora o stress, em níveis moderados, possa constituir um impulso para o aluno estudar, resolver problemas, melhorar o seu funcionamento e aptidões e tomar decisões, em níveis elevados acarreta diversas consequências negativas para a saúde (Straub, 2002). No que respeita à saúde física, pode constituir um fator precipitante de doenças cardiovasculares, respiratórias, fragilizar o sistema imunitário e, em última instância, levar mesmo à morte (Vaz Serra, 2000).

Com base na literatura, parece evidente que stress, ansiedade e depressão estão relacionados (Roberts e Ciesla, 2000). Alguns estudos indicam que os acontecimentos de vida stressantes tendem a atuar como precipitantes para sintomas depressivos, podendo apresentar uma relação causal com o início de episódios depressivos major (Hammen, 2005; Rubin, 1992). Por outro lado, há evidências consideráveis de que as pessoas deprimidas experienciam muitos

stressores, mas que muitos deles ocorrem devido às suas próprias ações (Hammen, 2006; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999).

Para além das situações indutoras de stress e dos níveis de stress, também a forma como a pessoa lida com essas situações tem implicações. Por exemplo, a dificuldade em suportar as emoções desagradáveis que acompanham o stress pode conduzir a estratégias de *coping* inadequadas como o aumento de consumo de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas e outros comportamentos de risco para a saúde (Hudd et al., 2000).

#### 4.2.3 Ansiedade

Todos os seres humanos experimentam em determinados momentos algum tipo de ansiedade, contudo convém distinguir uma ansiedade normal duma ansiedade patológica, (intensa e perturbadora) que torna a pessoa disfuncional. Em determinadas circunstâncias da vida é normal um certo grau de ansiedade a qual, muitas vezes, é útil para nos estimular a agir. A ansiedade é experimentada como normal se for adequada às circunstâncias e aceite como um acontecimento que acompanha naturalmente o estímulo necessário para lidar com uma situação específica. A ansiedade patológica é uma manifestação mais frequente, intensa e persistente do que a ansiedade normal.

Os distúrbios de ansiedade apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas, que vão desde sentimentos de medo e desconforto a respostas fisiológicas (agitação, taquicardia, tensão muscular, sudorese, tremores, tontura, dormência ou dificuldade em respirar).

Relativamente à ansiedade nos estudantes do ensino superior (Almeida e Cruz, 2010) referem que as transições colocam desafios e podem exigir mudanças nos papéis, nas rotinas, nas relações interpessoais e na forma como o indivíduo se percebe a si e ao mundo, como é o caso da transição para o ensino superior. Assim, qualquer mudança exige respostas adaptativas, ou seja

pressupõe que a pessoa tenha um tempo para integrar/assimilar essas mudanças e mobilizar os recursos necessários para se adaptar a elas.

Quando o estudante não consegue desenvolver as respostas adequadas à situação específica, isso reflete-se ao nível do seu bem-estar e da sua saúde mental. A ansiedade nos estudantes pode aparecer em variadas situações como a proximidade de frequências ou exames, a realização e apresentação de trabalhos, assim como a sua discussão, frente a colegas e professores. Em situações normais sem que exista qualquer outro tipo de transtorno emocional ou patologia associada, a ansiedade que se gera nestas situações desaparece quando os problemas/causas que a provocaram são ultrapassados (Claudino e Cordeiro, 2006).

Sareen et al. (2005) analisaram um conjunto de perturbações de ansiedade (Fobia Social, a Fobia Específica, a Perturbação de Ansiedade Generalizada, a Perturbação Obsessivo-Compulsiva) eventualmente associadas aos comportamentos suicidários, da sua análise concluíram que cerca de 52% dos indivíduos com ideação suicida tinham pelo menos uma perturbação de ansiedade. O mesmo aconteceu com cerca de 64% dos indivíduos que tinham feito tentativas de suicídio. Todas as perturbações analisadas estavam fortemente relacionadas com as ideias de suicídio e com as tentativas de suicídio ao longo da vida. Os dados relativos à ansiedade social, indicaram que cerca de 25% e 28% dos indivíduos com ideação suicida e com tentativas de suicídio, respetivamente, sofrem desta perturbação.

Apesar destes dados não serem obtidos com populações universitárias, são indicativos de que os estudantes do ensino superior com perturbação da ansiedade (particularmente tendo em conta os fatores específicos que desencadeiam e reforçam essa sintomatologia, tais como as avaliações de desempenho a que são expostos ao nível académico, frequentemente em frente a um grupo de pessoas, e o isolamento com o decorrente prejuízo ao nível social) podem desenvolver ideação suicida e tentar o suicídio. Estes dados sugerem que

as perturbações de ansiedade estão relacionadas e constituem um fator de risco significativo.

A fobia social está quase sempre associada a dificuldades no funcionamento psicológico e nos relacionamentos sociais. Se nos referirmos à ansiedade patológica em geral, vários estudos indicam que a prevalência desta condição em estudantes universitários e adolescentes é comum e está relacionada com um conjunto de variáveis sociais e psicológicas, entre elas a ideação suicida (Bhasin, Sharma, & Saini, 2010; Bayram & Bilgel, 2008; Claudino & Cordeiro, 2006; Eisenberg et al., 2007).

#### **4.2.4 Depressão**

Os quadros depressivos, são também um problema frequente nos estudantes do ensino superior e que podem ser altamente incapacitantes, resultando muitas vezes em comportamentos da esfera suicidária.

A depressão constitui, a quarta causa de incapacidade em todo o mundo, estimando-se que no ano 2020 alcance o segundo lugar (Murray & Lopez, 1996; 1997). A sintomatologia depressiva afeta de forma negativa e significativa a vida das pessoas, nomeadamente as relações sociais. Surge frequentemente associada a comportamentos de risco e ao suicídio (Nemeroff, Compton & Berger, 2001).

Embora esta patologia afete pessoas de todas as idades e estratos sociais, deve dar-se particular atenção aos jovens adultos, uma vez que a sua incidência e prevalência são mais elevadas do que em qualquer outro grupo etário (Blazer & Kessler, 1994; Kessler & Walters, 1998).

A depressão é uma perturbação do humor que se caracteriza pela presença de tristeza, perda de interesse nas atividades que eram antes apreciadas, acompanhadas em regra de um profundo pessimismo e crenças negativas sobre si. O indivíduo deprimido pode apresentar menos energia do que o normal, envolver-se em menos atividades e ser menos produtivo. Também podem

ocorrer alterações no apetite, no sono e uma diminuição da libido. Outra característica da depressão é o pensamento negativo, incluindo crenças sobre o fracasso pessoal, sentimentos de perda e falta de esperança (e.g. Beck, 1976).

Apesar destas características comuns, é preciso considerar que o termo depressão engloba várias perturbações, que se distinguem pela duração, severidade, número de sintomas depressivos, e existência ou não de alternância com períodos de euforia (American Psychiatric Association [APA], 2011).

Avaliar a verdadeira dimensão da sintomatologia depressiva em estudantes do ensino superior não tem sido fácil, não só porque os investigadores utilizam medidas e critérios variados, mas também porque são escassas as investigações que tenham em consideração as especificidades da manifestação desta perturbação na população académica. Nalguns estudos, o estudante é considerado deprimido se apresentar alguns sintomas depressivos, embora não preencha os critérios diagnósticos clínicos para depressão, enquanto noutros casos, menos frequentes, é exigido o preenchimento desses mesmos critérios (Andrews, Hejdenberg, & Wilding, 2006).

Como consequência, algumas estimativas de depressão nos estudantes universitários representam apenas a presença de sintomas depressivos enquanto noutros casos correspondem à depressão clínica, habitualmente definida pelo preenchimento dos critérios para Episódio Depressivo Major (APA, 2011).

A depressão nos jovens resulta da interação de um vasto leque de fatores biológicos, psicossociais e sociais. A adversidade na infância, seja sob a forma de abuso físico, emocional ou sexual, e eventos negativos ao longo da vida, podem também ser fatores importantes de vulnerabilidade para psicopatologia. Os dados sugerem que a depressão ocorre no contexto não só de stressores, mas também de pressões mais crónicas e de recursos diminuídos para lidar com elas, nomeadamente falta de suporte social (Paykel, 1994).

Os estudantes universitários apresentam um risco acrescido de desenvolver quadros depressivos, pois para além de se situarem numa fase de transição da adolescência para a idade adulta (Arnett, 2000), têm que lidar com os desafios e dificuldades inerentes à frequência do ensino superior, tais como a mudança de casa, de colegas e círculo de amigos, que exigem capacidade de adaptação (Dyson & Renk, 2006).

Por ser tão incapacitante, a depressão constitui um dos principais motivos de procura de ajuda psicológica entre os estudantes (RESAPES, 2002). Ainda assim, estima-se que muitos deles sofram em silêncio sem procurar qualquer tipo de ajuda. Em Portugal, os estudos desta problemática são ainda escassos e os verdadeiros níveis de depressão no ensino superior permanecem desconhecidos. Um dos poucos estudos existentes aponta para uma percentagem de 9% de estudantes deprimidos (Campos & Gonçalves, 2004).

Vários estudos mostram associações significativas entre a depressão e os comportamentos suicidários. A percentagem de estudantes universitários que apresentam ideação suicida e sintomatologia depressiva é bastante significativa, uma vez que à medida que aumenta a severidade dos sintomas depressivos aumentam as ideias de suicídio (Arria et al., 2009; Garlow et al., 2008).

A associação entre a ideação suicida e a depressão não é inesperada. Um dos maiores riscos associados aos quadros depressivos são as tentativas de suicídio frequentes, algo que se intensifica quando se evidencia de forma mais intensa a visão negativa em relação ao futuro o que pode levar ao suicídio consumado, (Borges & Werlang, 2006).

A relação que a depressão mantém com o suicídio e com a ideação suicida tem sido alvo de alguma investigação. Eisenberg et al. (2007) verificaram que cerca de 67% dos estudantes universitários que reportavam ideação suicida tinham também algum tipo de perturbação depressiva, sendo a Perturbação Depressiva Major a mais comum (cerca de 43% dos casos).

Cavestro e Rocha (2006) encontraram prevalência de depressão nos estudantes dos cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional de 8.9%, 6.7% e 28.2%, respetivamente. Por sua vez, o risco de suicídio para cada um dos cursos era de 7.5%, 7.8% e 25.6%, seguindo a ordem referida anteriormente. Na totalidade da amostra, a prevalência de depressão rondava os 11% e o risco de suicídio os 10%. Estes dados mostram bem a relação entre o suicídio e a depressão. As taxas de prevalência de ambas (depressão e risco de suicídio) estão muito próximas em cada um dos cursos e na totalidade da amostra, sugerindo que quando existe uma maior prevalência de depressão existe também um maior risco de suicídio.

Arslan et al. (2009) verificaram também que os estudantes com maiores níveis de depressão obtinham piores valores em todos os domínios da satisfação com a vida. Para além disso, os indivíduos que apresentam níveis elevados de desesperança tinham risco de sofrer de ansiedade e risco acrescido para o comportamento suicidário (Beautrais, 2003)

Borges e Werlang (2006) referem que um adolescente com depressão tem nove vezes mais hipóteses de manifestar ideação suicida do que aqueles que não apresentam depressão e um adolescente que manifeste desesperança tem uma probabilidade sete vezes maior ter ideias de suicídio do que aqueles que não manifestam tal sentimento.

Tendo em conta a associação entre a depressão e a desesperança reportada pela literatura, um indivíduo que num determinado momento manifeste ambas as condições tem uma probabilidade muito elevada de ter ideias de suicídio graves, assim como de se suicidar, independentemente de a sintomatologia ser leve, moderada ou grave (Arria et al, 2009; Borges & Werlang, 2006).

Por sua vez, Curran et al. (2009) referem que a depressão em estudantes universitários está associada a um fraco suporte social e a um maior número de eventos stressantes. Como o estudante universitário muitas vezes se afasta do seu local de residência para estudar, pode notar uma quebra significativa nos



contactos sociais e no número de pessoas disponíveis para obter apoio, o que pode despoletar um conjunto de problemas emocionais.

A presença de depressão não explica por si só a ideação suicida. Em muitos casos há variáveis que contribuem de forma significativa para que o indivíduo apresente ideias ou pensamentos suicidas. Por exemplo, Arria et al. (2009) verificaram que apenas 40% dos estudantes com ideação suicida atingiam os critérios necessários para serem diagnosticados com depressão. Nos indivíduos com baixos níveis de depressão, os principais preditores de ideação suicida foram os desequilíbrios emocionais e a falta de suporte social.

#### **4.2.5 Comportamentos aditivos**

Os comportamentos aditivos têm sido identificados como fatores de risco para a presença de pensamentos suicidários. Dervic et al. (2007) encontraram dados que justificam uma associação positiva entre o consumo de substâncias e a ideação suicida. Especificamente, os autores verificaram que os estudantes com ideação suicida apresentavam consumos de substâncias mais frequentes do que aqueles sem ideação suicida (26.5% vs. 6%, respetivamente). Por sua vez, o consumo de tabaco, que foi analisado isoladamente em relação às restantes drogas, rondava os 53% nos indivíduos com ideação suicida e os 34% naqueles sem ideias de suicídio. Os autores verificaram ainda que é nos estudantes do sexo masculino que estes comportamentos de risco são mais frequentes.

No estudo de Arslan et al. (2009), o abuso de substâncias não se relaciona apenas com a ideação suicida. Estes autores verificaram que nos estudantes universitários tanto o consumo de tabaco como o de álcool estão relacionados com maiores níveis de depressão. Tendo em conta a relação entre o abuso de substâncias e a ideação suicida e entre o abuso de substâncias e a depressão pode considerar-se que os indivíduos que apresentam quadros depressivos e que para lidar com o sofrimento psicológico se refugiam no abuso de álcool ou outras drogas estão em elevado risco de manifestar ideias de suicídio ou mesmo por termo à vida.

Os resultados obtidos por Curran et al. (2009) também evidenciaram que o consumo de substâncias (álcool e drogas) está associado à presença de ideação suicida com um nível de gravidade muito significativo.

O abuso de álcool e de outras drogas, está muito ligado à cultura académica como elo de ligação entre grupos e forma de emancipação pessoal, contudo, aparece muitas vezes associado a inúmeros comportamentos de risco nos estudantes entre eles as condutas suicidas. Segundo a Organização Mundial de Saúde, um em cada quatro jovens que tentou o suicídio admitiram ter consumido álcool ou drogas antes do ato. Perante estas evidências podemos ver na população universitária um grupo com risco aumentado para os comportamentos suicidários.

Além destas substâncias causarem sérios problemas de dependência, provocam igualmente vários problemas de saúde, cuja gravidade aumentam com o número de anos de consumo. O álcool está associado com as principais causas de morte na população adolescente, entre elas mortes por acidentes de viação, consequências de comportamentos sexuais de risco, homicídio e suicídio, (Beck, et al. 2008; O'Malley e Johnston, 2002; Abbey, 2002)

As evidências encontradas nos estudos referenciados, mostram bem que os comportamentos aditivos estão associados a maiores níveis de ideação suicida nos jovens e à medida que aumentam os consumos de álcool tabaco e outras drogas, aumenta também o risco de comportamentos suicidários.

#### **4.2.6 Autoconceito**

A conceptualização do autoconceito tem variado em função dos vários autores que se têm debruçado sobre esta temática, verificando-se uma grande imprecisão da terminologia e discordância nas definições. Parece no entanto consensual a ideia geral de que o autoconceito traduz “a perceção que o indivíduo tem de si próprio, das suas capacidades e competências em vários domínios como, por exemplo, o social, o físico, o cognitivo e o emocional”.

O auto-conceito não apresenta uma definição clara, pelo que há uma sobreposição de várias definições. Sendo assim, Shavelson et al. (1976, cit. in Dias & Fontaine, 1996) realizaram um estudo das várias definições deste construto e chegaram à conclusão de que autoconceito é a percepção que o sujeito tem de si próprio, das suas atitudes, sentimentos e do conhecimento acerca das suas capacidades, competências e aparência. Esta imagem que o sujeito tem de si é formada através das experiências ao longo dos vários contextos de vida, e vai influenciar o seu comportamento.

Estudos desenvolvidos por Vaz Serra & Pocinho (2001) demonstraram que os indivíduos com perturbações emocionais, com sintomatologia depressiva ou ansiedade social elevada apresentam um auto-conceito mais pobre.

Constitui um dado amplamente aceite, no campo da psicologia, que uma das tarefas desenvolvimentais centrais durante a transição da adolescência para a idade adulta passa, pela formação de um autoconceito positivo e estável, enquanto indicador privilegiado de um desenvolvimento psicológico saudável. A comunidade científica tem defendido o pressuposto de que os vários fatores do autoconceito (autoestima, aceitação/rejeição, autoeficácia) se revelam poderosos mediadores ao nível da tomada de decisões saudáveis e do consequente evitar de comportamentos risco para a saúde, designadamente, os consumos de álcool, tabaco e drogas e comportamentos da esfera suicidária (King, Vidourek, Strader, 2008; Peden et al., 2000)

Para Vaz Serra (1986), a autoestima é a faceta mais importante do autoconceito, encontra-se associada aos aspetos avaliativos que o sujeito elabora a seu respeito, baseado nas suas capacidades e desempenhos. A autoestima é uma orientação positiva ou negativa em direção a uma avaliação que o sujeito faz de si próprio.

Num estudo longitudinal Fergusson *et al.* (2003), salientam que um bom autoconceito está associado a respostas resilientes em relação ao suicídio. As estratégias de *coping* e a capacidade de resolução de problemas são também eficazes enquanto fatores de proteção (Portzky *et al.*, 2008).

Da literatura consultada podemos colocar em destaque três importantes recursos pessoais protetores no que se refere aos comportamentos suicidários: o autoconceito a autoestima e a capacidade de resolução de problemas.

#### **4.2.7 Suporte social/familiar**

A família constitui um dos principais apoios da vida psíquica dos jovens, De acordo com Campos (2004) cit. in Baptista e Souza, 2008), a família exerce funções como proteção, afeição e formação social, que são determinantes no desenvolvimento de seus filhos. O principal efeito do suporte familiar no jovem é que este perceba esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado. O indivíduo ao perceber esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, tendo consequências positivas para seu bem-estar, como diminuição do stress, aumento da auto-estima e do bem-estar.

O suporte social é um dos fatores de proteção, tendo uma influência positiva no desenvolvimento do jovem, servindo de auxílio em momentos de crise. O suporte social refere-se às relações e aos vínculos estabelecidos, caracterizando a interface entre o indivíduo e o sistema social, cuja finalidade é auxiliar a pessoa na adaptação a situações de stress. Os sujeitos com boas redes de apoio social apresentam adequada auto-estima e confiança pelo que desenvolvem mais facilmente estratégias para lidar com situações adversas (Costa, 2009).

Atualmente, o suporte social é um dos principais conceitos na psicologia da saúde, como referem Rodin & Salovey (1989, cit. por Ribeiro, 1999). Este alivia o *distress* em situação de crise, pode inibir o desenvolvimento de doenças e, quando o indivíduo fica doente, tem um papel positivo na recuperação. De acordo com Berkman (1984, cit. por Ribeiro, 1999), o suporte social é hoje aceite, indiscutivelmente, como importante no processo saúde/doença.

Existe um grande número de variáveis no domínio do suporte social (número de amigos, a frequência de contactos, a intensidade de contactos, a existência de

amigos íntimos, ou de redes de contactos sociais mesmo que não sejam amigos). Para além destes, também são considerados alguns aspetos subjetivos, tais como a perceção que o indivíduo tem da adequação do suporte que dispõe, e a satisfação com a dimensão social da sua vida.

A ausência de suporte familiar e social pode representar um fator acrescido de risco de suicídio, em que os conflitos familiares e a dificuldade nos relacionamentos familiares e com os pares são mencionados por inúmeros autores (Walsh & Eggert, 2007; Randell et al., 2006; Portzky et al., 2008; Fortune et al., 2008; Kuhlberg et al., 2010).

O apoio familiar, a comunicação na família e a vivência de relacionamentos estáveis e de confiança assumem-se como importantes fatores de proteção (Walsh & Eggert, 2007; Thompson *et al.*, 2005; Fortune *et al.*, 2008). Nos jovens, a perceção do envolvimento familiar e apoio familiar na escola são também mencionados (Randell *et al.*, 2006; Kuhlberg *et al.*, 2010; Cheng *et al.* 2009; Wyman *et al.*, 2010). Walsh & Eggert (2007)

#### **4.2.8 Vinculação**

Segundo Ainsworth & Bowlby (1991, cit. in Matos & Costa, 1996), todos os indivíduos têm a necessidade de estabelecer ligações afetivas ao longo da sua vida, de forma a sentirem segurança, conforto e apoio. Bowlby (cf. Bowlby, 1980 cit por Hankin, 2006) realçou o importante papel da vinculação precoce entre a criança e o seu cuidador, no desenvolvimento normal/anormal da criança, pelo que um padrão de vinculação seguro é considerado como fator protetor de saúde mental.

Nas últimas décadas, a investigação em psicologia do desenvolvimento e a psicopatologia tem produzido uma larga evidência de que a organização do sistema de vinculação acompanha o ser humano ao longo do ciclo vital e um fator promotor da saúde mental aos níveis emocional, social e do *Self* (Weinfield, Sroufe & Egeland, 2000; Sroufe, 2005).

Segundo Matos & Costa (1996), a vinculação no adulto começou a ser estudada no ano de 1984 por Main e seus colaboradores. Estes focaram-se na análise de aspetos/características internas, afastando-se das variáveis externas que se poderiam observar e resumiam-se em aplicar os padrões de vinculação encontrados nas crianças ao estudo dos modelos internos dos adultos, testando um padrão comum entre estas gerações.

Em termos conceptuais, a teoria da vinculação de Bowlby (1980) proporciona uma base de análise para compreender as relações adultas e explicar o contributo da qualidade da vinculação precoce para o desenvolvimento ao longo do ciclo vital. De acordo com Bretherton & Waters (1985, cit. in Matos, Raquel, 2001) a vinculação, como Bowlby a descreveu, não se baseia num simples sinónimo de laço social, nem se refere a todos os aspetos da relação pais-criança. O conteúdo da relação de vinculação diz respeito à regulação da segurança, procurada pela pessoa vinculada e proporcionada pela figura de vinculação.

O sistema de vinculação segundo Matos, (2001) refere-se a uma organização psicológica (sistemas dinâmicos internos). Do ponto de vista de um observador externo, o objetivo do sistema de vinculação é regular comportamentos que procuram manter ou obter proximidade ou contacto com uma ou várias pessoas designadas por figuras de vinculação. Apesar de o comportamento de vinculação ser mais evidente na infância, é possível observá-lo ao longo do ciclo da vida, especialmente em situações adversas.

A teoria da vinculação sugere que as diferenças individuais refletem a qualidade das relações do indivíduo com os pais no início da vida. As relações de vinculação com os pais, são por isso mesmo, importantes no desenvolvimento da adaptação psicológica e social do jovem aos novos contextos de vida. A adolescência é um período da vida em que o início ocorre a separação das figuras de vinculação. Segundo Allen & Land (1999, cit. in Ribeiro & Sousa, 2002) a autonomia do adolescente é mais facilmente estabelecida em contexto de

relações seguras, sendo que os laços com os pais, embora sejam importantes são ligações que restringem a liberdade e autonomia adolescente.

É neste período da vida que ocorre a generalização do padrão de vinculação a outras figuras, como por exemplo, amigos, professores, irmãos, outros familiares (Colin, 1996, cit. in Ribeiro & Sousa, 2002). Segundo Weiss (1982 cit. in Canavarro et al., 2006), os critérios de definição do comportamento de vinculação, presentes na infância são também aplicáveis a vários tipos de relações adultas: ao relacionamento dos jovens com os pares, nas relações íntimas, com os familiares e amigos. Em situações de elevado stress observa-se a importância da presença e disponibilidade da figura de vinculação, o desejo de proximidade com a mesma e um maior conforto e menor ansiedade quando se encontra na sua companhia, manifestando um mal-estar quando há indisponibilidade.

O número de estilos de vinculação dos adultos não é consensual. De forma geral, a maior parte dos autores propõe a existência de apenas um estilo seguro e de vários inseguros. Segundo Canavarro et al (2006), para que a avaliação da vinculação no adulto fosse efetuada de uma forma mais correta e eficaz foi elaborada a Adult Attachment Scale-R (AAS-R) por Collins e Read (revista em 1990). Foi executada uma análise aos vários itens desta escala que revelou a existência de três dimensões:

1. Close, é avaliado como o indivíduo se ao estabelecer relações próximas e íntimas, se se sente confortável;
2. Depend, avalia a forma como os indivíduos sentem na situação de depender de outros em certas situações;
3. Anxiety, avalia o grau de preocupação com a possibilidade de ser abandonado ou rejeitado pelos outros.

Através desta escala é possível verificar qual a relação que existe entre estas três dimensões. Uma forte ligação da dimensão Depend com a Close sugere uma pessoa com confiança nos outros, sentindo-se mais confortável quando há uma proximidade emocional, havendo, por sua vez, uma ligação fraca entre as dimensões Anxiety e Depend.



Quando falamos em ansiedade social referimo-nos também ao grau de conforto ou desconforto que o indivíduo sente com as relações sociais. Em última análise, falamos dos estilos de vinculação. Estes estilos ou padrões constituem aspetos centrais das relações interpessoais e podem desempenhar um papel fundamental no que respeita à vivência do período universitário.

Uma boa adaptação à universidade está associada quer à qualidade, quer à quantidade de relações estabelecidas com os pares, mas a qualidade dessas relações parece ser mais importante. Basicamente, à medida que as relações do estudante com os seus colegas melhoram, o seu ajustamento académico, social, pessoal-emocional e a vinculação à instituição aumentam (Buote et al., 2007).

A vinculação segura está diretamente relacionada com uma maior aceitação social, assim os alunos com vinculação segura tendem a apresentar uma maior aceitação social. No caso da vinculação ansiosa, Soares (1996), refere que esta resulta de experiências desfavoráveis ou adversas nas situações em que o sistema de vinculação está ativado, levando o jovem a permanecer muito próximo à figura de vinculação, existindo hipervigilância relativamente aos aspetos ligados à separação.

Relativamente ao padrão de vinculação evitante o jovem utiliza estratégias de diminuição de importância da relação, percecionando os parceiros como indutores de stress e alvos de desconfiança (Hazan e Shaver, 1987, cit. in Bragança e Campos, 2010).

A adolescência representa um período de transição entre a infância e a idade adulta, no qual se modificam as relações de vinculação do indivíduo. De acordo com Soares (1996, cit. in Matos, Raquel, 2001) enquanto o padrão de vinculação na infância é estabelecido essencialmente no contexto da relação pais-filho, na idade adulta compreende as ligações afetivas para além das relações familiares. A vinculação passa então a constituir uma dimensão das relações que o adolescente estabelece com outras figuras. Contudo, continua a existir uma procura do apoio parental e, ao mesmo tempo, encontra-se uma procura por parte do adolescente em se libertar do controlo parental. Neste sentido, os pais



aparecem como figuras de vinculação de reserva, a quem o adolescente recorre, em situações de stress.

Quanto ao adolescente, vivencia nesta fase, maior intimidade com os amigos, e o desenvolvimento da dimensão de vinculação na relação com os pares implica uma reestruturação na relação com os pais. Esta mudança nos modelos representacionais, durante o desenvolvimento do adolescente, poderá ter uma influência significativa na segurança da vinculação que se estabelece na idade adulta.

Segundo Faria (2008), existe relação entre vinculação segura e qualidade da relação com os pares. O funcionamento da vinculação tende a ser menos evidente na idade adulta do que na infância. Um dado a considerar é o facto de serem menos frequentes na vida adulta as situações que ativam o sistema de vinculação.

Relativamente à vinculação ao longo do ciclo vital é importante ter em conta que as primeiras relações estabelecidas na infância afetam o padrão de vinculação do indivíduo, ao longo da sua vida (Dell'aglio, 2004).

Peter et al. (2008) referem que quando os adolescentes apresentam sintomatologia depressiva ou ansiosa tendem a manifestar um padrão de vinculação negativo em relação aos pais. Os mesmos autores destacam ainda que os estilos de vinculação que implicam estimulação negativa por parte dos progenitores estão associados a maiores níveis de ideação suicida. Concomitantemente, outros estudos sugerem que um vínculo adequado à família reduz significativamente as tentativas de suicídio em adolescentes (Maimon, Browning, & Brooks-Gunn, 2010), o que significa que, mesmo que o jovem tenha ideias de suicídio, quando existe uma vinculação positiva e suporte por parte da família o processo típico que conduz ao suicídio pode não se desenvolver.

Ben-Ari (2004) verificou que os estudantes com vinculação segura constroem e mantêm uma rede de suporte social mais alargada em caso de terem problemas financeiros, emocionais, relacionais ou mudanças significativas nas suas vidas,

quando comparados com indivíduos com vinculação evitante ou ansiosa-ambivalente. O mesmo autor refere ainda que o estilo de vinculação seguro é o mais prevalente, seguido do evitante e, por último, do ansioso-evitante. Estes dois últimos estilos de vinculação podem levar a um prejuízo nos relacionamentos devido às particularidades no funcionamento destes sujeitos.

No estudo de Wearden, Perryman & Ward (2006) foi possível verificar que indivíduos com um estilo de vinculação preocupado tendem a procurar mais segurança nos outros (com medo da rejeição), apresentam mais afeto negativo. Para além disso, o estudo de Davaji, Valizadeh & Nikamal (2010) mostram que os padrões de vinculação inseguros apresentam uma associação positiva com a ideação suicida. Padrões de vinculação inseguros surgem também associados a problemas interpessoais e problemas psicológicos como a depressão (Canavarro, 1999; Ward, Lee, & Polan, 2006; West, Spreng, Rose, & Adam, 1999), a ansiedade (Canavarro, 1999), a perturbação de personalidade borderline (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004) e a perturbação pos-stress traumático (Muller, Sicoli, & Lemieux, 2004). Outros estudos revelam que os padrões de vinculação inseguros estão associados a perturbações psicopatológicas que, só por si, representam um fator de risco para comportamentos suicidários (Lessard & Moretti, 1998; West et al., 1999).

#### **4.2.9 Acontecimentos de vida**

Segundo Holmes & Rahe (2006), os acontecimentos de vida referem-se às experiências objetivas que perturbam ou ameaçam romper as atividades habituais do indivíduo, causando um reajustamento substancial no seu comportamento. No mesmo sentido, Dohrenwend & Dohrenwend (2005) definem os acontecimentos de vida como ocorrências objetivas de magnitude suficiente para alterar as atividades usuais da maioria das pessoas. Por outro lado, Ramos (2004) entende que os acontecimentos de vida são os problemas de vida que desencadeiam emoções intensas (independentemente da sua natureza).

Por acontecimentos de vida negativos (AVN) consideram-se os eventos que alteram, ameaçam, danificam ou desafiam as capacidades físicas, psicológicas e sociais dos seres humanos, com efeitos mais nefastos em função da frequência da sua ocorrência, do impacto sentido e das estratégias e recursos do indivíduo para lidar com essas situações (Oliva, Jiménez, & Parra, 2009).

Deduz-se das definições, acima descritas, duas componentes fulcrais dos acontecimentos de vida: por um lado, é um fenómeno discreto, descontínuo, transversal à vida do indivíduo e, por outro lado, simboliza uma mudança, uma alteração no curso da vida. Estas alterações afetam o equilíbrio global da pessoa, exigindo-lhe um esforço de readaptação. As mudanças que as pessoas experimentam ao longo da vida (normativas), tais como, o casamento, a promoção ou a perda do emprego, o nascimento de um filho, mas também as experiências menos comuns ou extremas (não normativas) como a guerra e as catástrofes naturais, são exemplos de acontecimentos de vida (Ramos, 2004).

No que se refere aos acontecimentos de vida adversos, que podem estar na origem de comportamentos suicidários nos jovens, fazem parte, os problemas disciplinares ligados à escola, perdas interpessoais significativas, rutura de relações amorosas, separação dos pais e gravidez precoce entre adolescentes do sexo feminino Freitas e Botega (2002).

Os AVN são um dos principais fatores de risco na adaptação psicossocial do indivíduo devido ao seu impacto emocional e possível enfraquecimento das estratégias para lidar com a situação (Rutter, Tizard, & Whitmore, 1970; Jiménez, Menéndez, & Hidalgo, 2008). No entanto, alguns destes podem constituir um desafio ou um processo de aprendizagem.

A heterogeneidade de respostas e os diferentes graus de impacto emocional das adversidades estão relacionados com a natureza dos acontecimentos stressantes, com o significado que lhes é atribuído, com o suporte familiar e social para lidar com os mesmos e com as características individuais e as estratégias utilizadas (Aggarwal, Prabhu, Anand, Kotwal, 2011).

A relação entre experiências ocorridas na infância e o seu impacto na saúde mental adulta tem sido muito teorizada. É particularmente nessa idade que um acontecimento, aparentemente sem grande significado para os adultos, a perda de um amigo, uma frustração amorosa, uma discussão com os pais, pode destruir o sentimento de segurança e de confiança, no relacionamento com pessoas adultas mais significativas, levando ao afastamento ou à rotura nas ligações afetivas, à autodesvalorização e a múltiplas situações e condutas de risco, onde se incluem comportamentos desajustados, como violência, consumo de drogas ou álcool, envolvimento com grupos de pares marginais, fuga do ambiente familiar, abandono escolar e até comportamentos suicidários.

Serra (1999) diz que os acontecimentos traumáticos ocorridos na infância e adolescência podem ter consequências nefastas na vida adulta, dado que os indivíduos são “apanhados” em fase de reorganização psicológica e social e, por isso, vulneráveis. Num período crucial de desenvolvimento do adolescente, um ambiente familiar disfuncional pode marcar negativamente o seu ajustamento futuro e tornar-se inseguro, pouco afirmativo, com dificuldade em se relacionar com outras pessoas, receoso e onde existe um elevado risco de desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais (Brás & Cruz, 2008).

Os acontecimentos de vida negativos constituem fontes de stress, pelo que obrigam os indivíduos a reagir de forma mais ou menos intensa para se ajustarem a eles, sendo que o impacto provocado depende das estratégias de ajustamento individuais e dos recursos sociais disponíveis. Importa, porém, considerar que os indivíduos não reagem de igual maneira aos mesmos fatores de stress, depende sempre do significado que cada um lhes atribui e também das estratégias adaptativas individuais e das ajudas externas. Estudos realizados neste âmbito salientam o papel da vivência de acontecimentos de vida negativos (AVN), de determinadas características de personalidade, de estilos cognitivos específicos e de padrões de vinculação inseguros como fatores que aumentam a probabilidade de ideação suicida (Brás & Cruz, 2008).

A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos na idade adulta, tais como a ideação e conduta suicidas (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002). Todavia, o modo como essas experiências contribuem para o surgimento de ideação e conduta suicidas na idade adulta continua por explorar.

Outros estudos têm, de forma idêntica, encontrado relações significativas entre os acontecimentos de vida negativos (AVN) vivenciados na infância e níveis de ideação suicida na idade adulta (Brás & Cruz, 2008; Langhinrichsen-Rohling, Monson, Meyer, Caster, & Sanders, 1998; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004).

Embora estes estudos tenham demonstrado a existência de relações significativas entre os acontecimentos de vida e ideação suicida, a forma como os AVN precoces influenciam a ideação suicida na idade adulta não se encontra completamente esclarecida.



# **PARTE II**

# **ESTUDO EMPÍRICO**





## 1 - CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Neste capítulo, descremos e explicamos o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos utilizados, o modo como se processou a colheita de dados, o processamento e o tratamento estatístico da informação recolhida bem como os procedimentos éticos e formais considerados no decorrer de todo o processo investigativo.

### 1.1 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os comportamentos suicidários constituem atualmente um problema de saúde pública, sendo o suicídio, na maioria dos países europeus a segunda causa de morte. Com base em dados encontrados no referencial teórico, pretendemos com esta investigação identificar a presença de ideação suicida e risco de suicídio nos estudantes do ensino superior politécnico e os fatores que lhe possam estar associados

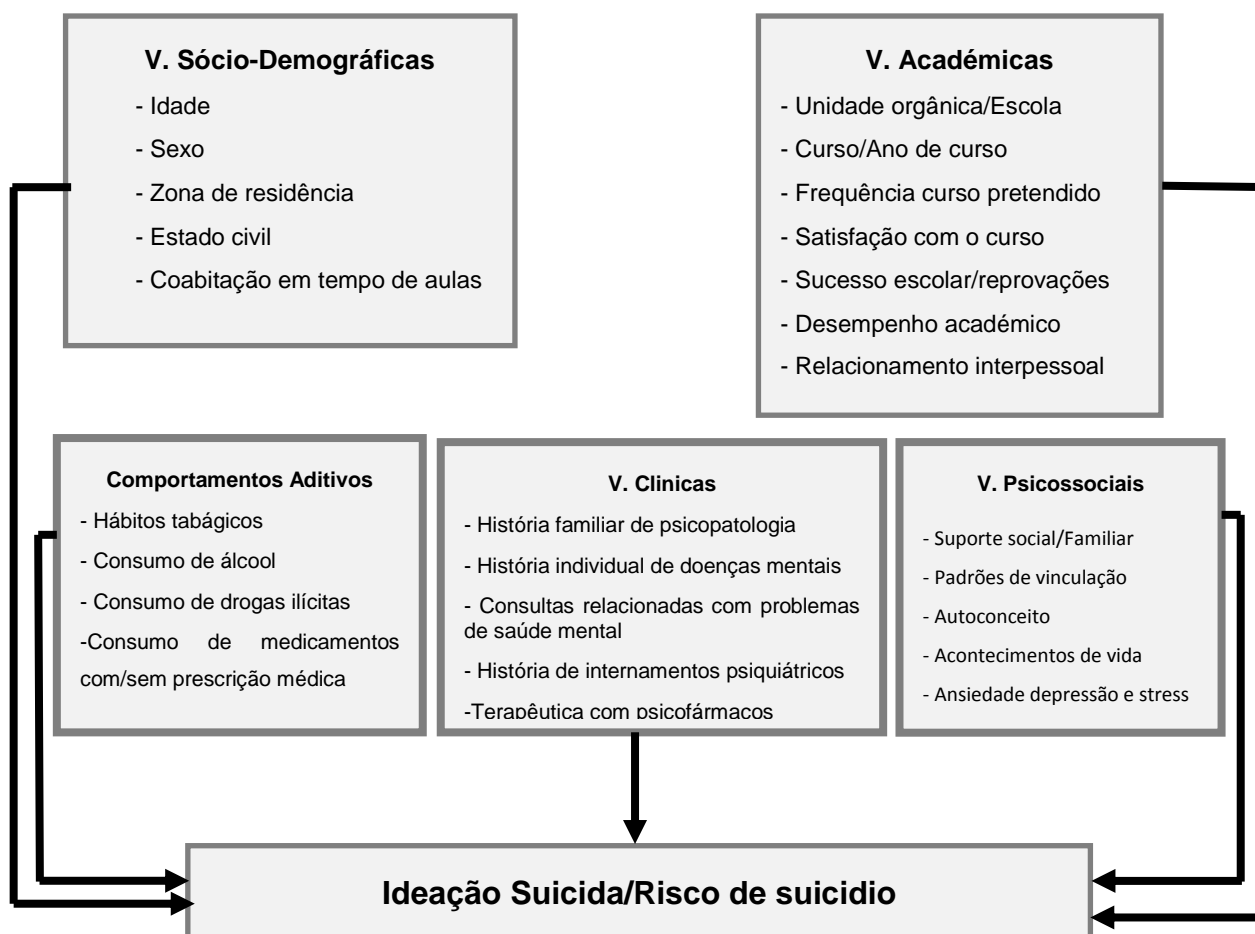
Considerando a etiologia multifatorial da problemática suicidária, elaborámos as seguintes questões orientadoras do estudo:

- Qual a prevalência da ideação suicida nos estudantes no Ensino Superior Politécnico?
- Que variáveis sociodemográficas e académicas têm influência na ideação suicida dos estudantes?
- Quais os comportamentos aditivos (consumo de tabaco, álcool e outras drogas) que estão mais associados com a ideação e risco de suicídio dos estudantes?
- Que variáveis de contexto clínico (história familiar/individual de doença mental, história de internamentos) se associam à ideação suicida?

- Que variáveis psicossociais (Autoconceito, Suporte social/Familiar, Ansiedade, depressão e Stress, Padrões de vinculação, e Acontecimentos de vida) possuem valor preditivo com a ideação suicida?

Face às questões de investigação e aos objetivos do estudo, elaboramos de forma pictográfica o esquema concetual do estudo (Figura 5), que nos permite apresentar as inter-relações previstas entre as variáveis independentes (socio demográficas, académicas, comportamentos aditivos, de contexto clínico, variáveis psicossociais, a ansiedade, stress e depressão) com a variável dependente Ideação Suicida/risco de suicídio).

**Figura 5 – Representação pictográfica da relação prevista entre as variáveis estudadas na investigação empírica (desenho de investigação).**



## 1.2 VARIÁVEIS

Para o presente estudo consideramos como variáveis

### **Variáveis dependentes:**

Ideação suicida/risco de suicídio

### **Variáveis independentes:**

#### *Variáveis sociodemográficas*

- Idade
- Sexo
- Zona de residência
- Estado civil
- Coabitação em tempo de aulas

#### *Variáveis de contexto académico*

- Unidade orgânica/Escola
- Curso/Ano de curso
- Frequência do curso pretendido
- Satisfação com o curso
- Sucesso escolar/reprovações
- Desempenho académico
- Relacionamento interpessoal

#### *Comportamentos aditivos*

- Hábitos tabágicos
- Consumo de álcool
- Consumo de drogas ilícitas
- Consumo de medicamentos com/sem prescrição médica

### *Variáveis de contexto clínico*

- História familiar de psicopatologia
- História individual de doenças mentais
- Consultas relacionadas a saúde mental
- História de internamentos psiquiátricos
- Terapêutica com psicofármacos

### *V. Psicossociais*

- Suporte social/Familiar
- Padrões de vinculação
- Autoconceito
- Acontecimentos de vida
- Ansiedade, depressão e stress

## 1.3 TIPO DE ESTUDO

Em termos genéricos este estudo possui as seguintes características definidoras:

- Trata-se de um estudo **quantitativo**, uma vez que usamos a quantificação, quer na recolha de dados como no tratamento das informações, recorrendo-se para o efeito a técnicas estatísticas, dado que se pretende garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e de interpretação;
- É um estudo **transversal**, pelo fato de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, já que o mesmo “fotografa” a realidade autopercepcionada pelos estudantes, relativamente aos comportamentos suicidários e risco de suicídio, num só momento, não existindo, portanto, período de seguimento dos indivíduos (Coutinho, 2011).
- É **estudo retrospectivo** no que se refere ao período de referência, porquanto se colheram dados sobre exposições ocorridas no passado.

- Possui as características de um **estudo descritivo e correlacional** - pois se por um lado recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis, especificando as suas propriedades e características e oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre conceitos categorias ou variáveis (Sampieri, 2003).
- É um **estudo explicativo** – já que o seu propósito é o de compreender as causas dos acontecimentos ou fenómenos físicos, sociais, clínicos ou de outra natureza. Para determinar a relação entre variáveis recorre a técnicas estatísticas multivariadas

#### 1.4 PARTICIPANTES

Para o nosso estudo recorremos a uma amostra não probabilística, por conveniência uma vez que, como refere Maroco, (2011) se pretende o acesso rápido a subgrupos restritos, neste caso, aos estudantes do ensino superior politécnico. A amostra teve por base um universo de 5864 estudantes que no ano lectivo 2011/2012 se encontravam matriculados e a frequentar o primeiro ciclo de estudos (licenciatura) numa das cinco escolas do IPV. Foram recebidos 1082 questionários, mas após a depuração dos mesmos foram validados 1074, constituindo-se desta forma a amostra em estudo.

A tabela 1 regista o número de estudantes por unidade orgânica, bem como o percentual de participantes pelas mesmas unidades que fizeram parte do estudo. Como se observa a nossa amostra ficou constituída por 18,3% da totalidade da população, o que nos permite afirmar que a margem de erro corrigido para um intervalo de confiança a 95% se situa nos 2.70%. Acresce ainda referir que a amostra teórica necessária para a realização do estudo tendo em consideração o efetivo da população utilizando um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de amostragem (intervalo de confiança) de 3% é de 904, inferior à obtida para o nosso estudo.

**Tabela 1 – Participantes no estudo por unidade orgânica**

Unidades orgânicas	Estudantes Matriculados	Participantes	
		Nº	%
Escola Sup. Educação	1357	138	10.0
Escola Sup. Saúde	478	254	53.1
Escola Sup. Tecnologia	2769	432	15.6
Escola Sup. Agrária	506	150	29.6
Escola Sup. Tec. Gestão	758	100	13.2
<b>Amostra Global</b>	<b>5868</b>	<b>1074</b>	<b>18.3</b>

### 1.4.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

#### Idade e género

A amostra apresenta uma amplitude de idades entre os 17 e os 49 anos, ao que corresponde uma idade média de 23,93 anos com um desvio padrão de 6,10 (cf. tabela 2). Para o sexo masculino que representa 35,3% da totalidade da amostra, a idade mínima é de 18 anos e a máxima é de 49 anos, enquanto para o feminino com uma representatividade de 64,7%, a idade mínima é de 17 anos e a máxima é de 46 anos. Os estudantes do sexo masculino são em média mais velhos ( $\bar{x} = 25,49$  anos  $\pm 6.83$  dp) que os do sexo feminino ( $\bar{x} = 23,08$  anos  $\pm 5.49$  dp) com diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 49.037$ ;  $p = 0,000$ )

**Tabela 2 – Estatísticas relativas à idade**

Idade	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	Ks (p)
<b>Sexo</b>									
<b>Masculino</b>	379	18	49	25,49	6,83	26,79	1,494	5,644	0,000
<b>Feminino</b>	695	17	46	23,08	5,49	24,20	19,838	16,891	0,000
<b>Total</b>	1074	17	49	23,93	6,10	25,49	21,720	15,335	0,000

Procedemos, ao agrupamento de idades em classes homogêneas com base nas frequências absolutas (Pestana & Gageiro 2007). Dos resultados que se apresentam na tabela 3 verificamos que: 20,3% de estudantes têm idades  $\leq 19$  anos; 27.5% compreendidas entre os 20-21 anos, 26.5% entre os 22 e 25 anos, e 25.7% idade superior a 26 anos.

## **Local de Residência**

A maioria dos estudantes, são de proveniência urbana (55,7%), comparativamente com os que são de proveniência rural (44,3%). Entre o local de residência e género não encontramos diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=0,590$ ;  $p= 0.443$ ).

## **Coabitação**

Relativamente à coabitação em tempo de aulas, verificamos que a maior percentagem dos estudantes (47,2%) vive com a família. Encontram-se seguidamente os que vivem com colegas ou amigos (41,7%) e os que vivem sozinhos representam 8,6% da amostra. Os estudantes que vivem em residências de estudantes representam 0,8% da amostra de entre os quais a maioria são raparigas (1,0% vs 0.5%). Existem 1,5% de estudantes que partilham habitação com o namorado(a) ou companheiro(a) e os restantes 0,2% dos estudantes que responderam ao questionário afirmam habitar em outras condições que não são especificadas.

Entre estes grupos existem diferenças significativas ( $\chi^2 = 27,308$ ;  $p = 0,000$ ) e pelos resíduos ajustados verificamos que estas diferenças se encontram, no sexo masculino nos estudantes que vivem com a família e no sexo feminino nos que vivem com colegas/amigos.

## **Estado Civil**

Quanto ao estado civil os resultados revelam que a maioria dos estudantes (86,1%) são solteiros/divorciadas (84.8% solteiros vs 1.3% divorciados) e os restantes 13,9% são casados ou vivem em união de facto. As diferenças entre os grupos são significativas ( $\chi^2 = 12,869$ ;  $p= 0,000$ ) que pelos resíduos ajustados, se localizam, no grupo dos rapazes que estão casados ou vivem em união de facto e nas raparigas solteiras ou divorciadas.

**Tabela 3 – Caracterização sociodemográfica da amostra**

Variáveis	Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
		N (379)	% (35.3)	N 695	% (64.7)	Nº (1074)	% (100.0)	Masc	Fem
<b>Grupo Etário</b>									
≤ 19		60	15,8	158	22,7	218	20,3	- 2,7	2,7
20-21		70	18,5	225	16,8	295	27,5	- 4,9	4,9
22 – 25		113	29,8	172	26,8	285	26,5	1,8	-1,8
≥ 26		136	35,9	140	14,7	276	25,7	5,6	- 5,6
<b>Residência</b>									
Rural		162	42,7	314	45,2	476	44,3	- 0,8	0,8
Urbano		217	57,3	381	54,8	598	55,7	0,8	- 0,8
<b>Coabitação</b>									
Família		211	55,7	296	42,6	507	47,2	4,1	- 4,1
Sozinho		40	10,6	52	7,5	92	8,6	1,7	- 1,7
Colegas/ Amigos		119	31,4	329	47,3	448	41,7	- 5,1	5,1
Residência Estudantes		2	0,5	7	1,0	9	0,8	- 0,8	0,8
Namorado/Companheiro		6	1,6	10	1,4	16	1,5	0,2	- 0,2
Outra		1	0,3	1	0,1	2	0,2	0,4	- 0,4
<b>Estado Civil</b>									
Casado/ União de Facto		72	19,0	77	11,1	149	13,9	3,6	- 3,6
Solteiro /Divorciado		307	81,0	618	88,9	925	86,1	- 3,6	3,6

Como síntese aos resultados das características sociodemográficas dos estudantes registamos: A amplitude de idades dos estudantes varia entre os 17 e os 49 anos com uma média ( $\bar{x}$  = 23.93 anos  $\pm$  6,10 dp). A média de idades é ligeiramente superior nos estudantes do sexo masculino ( $\bar{x}$  = 25.49  $\pm$  6,83 dp) relativamente ao feminino ( $\bar{x}$  = 23.08  $\pm$  5,49 dp). Trata-se de uma amostra maioritariamente feminina (64.7%), solteira (86.1%), de proveniência urbana (55.7%) e a sua coabitação em tempo de aulas distribui-se de forma idêntica entre os que coabitam com familiares (47.2%) e os que partilham casa/quarto com colegas ou amigos (41.7%).

## 1.5 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Construímos um instrumento de colheita de dados, constituído por dez secções ou partes, em que as primeiras cinco incluem um questionário que nos permite colher informações relevantes para a caracterização da amostra no que concerne a dados sociodemográficos, académicos e contextuais e as restantes cinco são escalas, e inventários adaptados e validados para a população portuguesa.



O protocolo de colheita de dados utilizado está estruturado da seguinte forma:

### 1.5.1 Questionário

#### **Parte I - Caracterização sociodemográfica**

Inclui perguntas relativas à idade, sexo, zona de residência, estado civil e a coabitação em tempo de aulas.

#### **Parte II - Caracterização académica**

Inclui questões direcionadas para o conhecimento da unidade orgânica/escola; curso; ano que frequenta; se possui o estatuto de trabalhador/estudante; a existência de reprovações e em caso afirmativo o número de vezes que já ocorreram; se já efetuou alguma mudança de curso e em caso afirmativo, o número de vezes; se frequenta o curso pretendido e, se este corresponde às suas expectativas (satisfação); o desempenho académico; o relacionamento interpessoal com professores/colegas e pessoal não docente.

#### **Parte III - Comportamentos aditivos**

Tem como finalidade obter informações relevantes em relação à adoção de comportamentos/estilos de vida com implicações na saúde física e mental dos estudantes, nomeadamente: hábitos tabágicos e em caso afirmativo o tempo em que fuma e o número de cigarro fumados por dia, os consumos de álcool e para quem consome, a idade de início, o tipo de bebida e a frequência de consumo; consumo de outras drogas e neste caso o tipo de droga, a idade de início e a frequência de consumo. Termina-se com questões relacionadas com o consumo de medicamentos, com ou sem prescrição médica, e para quem consome, o tipo e a frequência. Consta ainda nesta secção uma questão aberta, na qual se solicita ao respondente que refira o(s) motivo(s) que o levaram à adoção desses consumos.

## **Parte IV - Aspetos clínicos relacionados com a doença mental**

Pretende identificar nos estudantes, ou nos familiares, a presença de psicopatologia ou história de doença mental e outros problemas, a frequência de consultas com profissionais de saúde por sintomas relacionados com problemas psicológicos ou de doença mental, motivos das consultas, história de internamentos psiquiátricos e em caso afirmativo os motivos que os levaram ao internamento, e ainda se fez ou estão a fazer algum tipo de medicação relacionados com problemas psiquiátrico, reforçando-se neste aspecto o tipo de medicamento.

### **1.5.2 Escalas e inventários/Descrição e características psicométricas**

Como já referimos, as partes **V a XI** do instrumento de recolha de dados integram um conjunto de escalas e inventários adaptados e validados para a população portuguesa, nomeadamente o Inventário Clínico de Auto Conceito (Vaz Serra, 1985); Escala de Satisfação com o suporte Social/Familiar (Ribeiro, 1999); Escala de Vinculação do Adulto (Canavarro, 1995); Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; (Collins & Read, 1990); Escala de Risco de Suicídio Critérios de diagnóstico (Mini International Neuropsychiatric Interview), Versão Portuguesa 5.0.0 (Guterres, Levy, & Amorim, 1999); Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) (adaptada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal 2004); Inventário de acontecimentos de vida negativos (Adaptado de Brás e Cruz, 2008) e ainda o Questionário de Ideação Suicida (adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela (1999).

As propriedades psicométricas destes instrumentos, são analisadas através dos estudos de **fiabilidade** ou fidelidade e de **validade**, pois estas, como refere Coutinho (2011), são as duas características fundamentais que um instrumento deve possuir para nos garantir a qualidade informativa dos dados. Os primeiros asseguram se os dados foram obtidos independentemente do contexto, do instrumento ou do investigador, permitem determinar o grau de confiança ou de exatidão que se pode ter na informação obtida, isto é, possibilitam avaliar a

estabilidade temporal ou fiabilidade teste-reteste e a consistência interna ou homogeneidade dos itens. Na prática, os estudos de fiabilidade permitem verificar a replicabilidade das conclusões do estudo, ou seja se diferentes investigadores utilizando os mesmos procedimentos, chegariam a resultados idênticos sobre o mesmo fenómeno.

Há vários tipos de coeficientes para o cálculo da fidelidade de um instrumento, mas no nosso estudo determinamos a consistência interna dos itens, que diz respeito ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem as escalas/inventários. Para a sua concretização procedeu-se à determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, à determinação do coeficiente alfa de Cronbach no sentido de avaliar a correlação entre cada item da escala com as restantes que, supostamente, pertencem a um mesmo universo e à determinação da correlação de split-half ou método das metades que é uma forma de comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade. Este indicador procura substituir o teste-reteste que não permite controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Teoricamente os valores de fidelidade podem tomar qualquer valor situado entre 0 e 1. O ideal será que o coeficiente seja o mais elevado possível. A partir de 0.8 a consistência interna é considerada de muito boa. Para Marôco (2008) uma boa consistência interna deve exceder um *alpha* de 0.80, embora o mesmo autor refira que são considerados aceitáveis em ciências sociais valores acima de 0.50. Já Pestana & Gageiro (2005) aponta como valores de referência: superiores a 0.9 muito boa; entre 0.8 – 0.9 boa; entre 0.7 – 0.8 média; entre 0.6 – 0.7 razoável; entre 0.5 – 0.6 medíocre; e inferior a 0.5 inaceitável.

Os **estudos de validade** são um complemento da fiabilidade ao indicar até que ponto o que medimos com o nosso instrumento reflete a realidade que queremos conhecer (Coutinho, 2011), ou por outras palavras, e como menciona a

mesma autora, em que medida são credíveis as descrições, explicações, interpretações ou qualquer outro tipo de relatos efetuados pelo investigador.

Há dois tipos de validade: **a validade externa** que está intimamente ligada à problemática da constituição das amostras e da sua representatividade e a **validade interna** que está relacionada com o instrumento de medida dado que nos vai informar sobre a qualidade dos itens. Na validade interna consideram-se três tipos: validade de conteúdo, validade de critério, e validade de conceito ou constructo. Dentro destes, a validade de conceito ou de constructo, é a mais importante e subordina as anteriores. Alude Almeida e Freire (1997) citados por Coutinho, (2011) que o que está em causa neste tipo de validade é o grau de consonância entre os resultados obtidos no teste, a teoria e a prática daí também ser designada de validade hipotético-dedutiva (Coutinho 2011).

A metodologia usada para a apreciação da validade de conceito ou constructo deve comportar três abordagens: a abordagem lógica, a estatística e a empírica. Debruçando-nos mais sobre a abordagem estatística importa referir que esta passou pela análise factorial dos itens e dos resultados. Este método é, segundo Marôco (2011), uma técnica de análise exploratória de dados que tem por objetivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas de modo a construir uma escala de medida para fatores intrínsecos que de alguma forma controlam as variáveis originais. Consta de duas partes distintas. A primeira consiste em criar uma matriz de correlações, com a qual se pretende verificar a existência de correlações significativas entre as variáveis. Existem vários métodos para o efeito, mas o mais utilizado é o designado por “método dos componentes principais” (Bryman & Cramer, 1992).

O segundo momento da análise factorial, designa-se por rotação de fatores. Encontramos na literatura dois tipos de rotação: a oblíqua, pouco usada porque os fatores se correlacionam entre si, e a ortogonal, a mais utilizada porque mantém a independência dos fatores. Por este último processo, as variáveis (itens) que se tomam para cada fator são as que se correlacionam mais fortemente com cada um deles.

No estudo psicométrico das escalas, optamos pelo uso da rotação ortogonal do tipo varimax, pois com este método, pretende-se que, para cada componente principal, existam apenas alguns pesos significativos e todos os outros sejam próximos de zero, isto é, o objetivo é maximizar a variação entre os pesos de cada componente principal.

Face ao exposto, vamos apresentar os resultados obtidos nas diferentes etapas, seguindo a ordem porque foram enunciados

## **Parte V - Inventário clínico de autoconceito (ICAC)**

Este inventário foi desenvolvido com o objetivo de medir os aspetos emocionais e sociais do autoconceito Trata-se de uma escala de tipo Likert constituída por 20 itens. Cada item procura registar dados significativos relacionados com o autoconceito social e emocional, considerados importantes no ajustamento social (Bandura, 1978; Fleming e Courtney, 1984 cit. in Serra, 1986). Este inventário foi desenvolvido com o objetivo de medir os aspetos emocionais e sociais do autoconceito.

O autor aplicou a escala a 920 indivíduos tendo obtido nesse estudo no coeficiente de correlação teste-reteste um valor de ( $r= 0.838$ ) o que revelou boa consistência interna e estabilidade temporal.

A classificação em cada um dos itens pode ser no mínimo um (1) e no máximo cinco (5), uma vez que cada item apresenta cinco possibilidades de resposta (não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente, concordo muito e concordo muitíssimo).

O inventário está construído de modo que quanto maior o valor global, mais elevado o autoconceito de um indivíduo. No entanto, algumas questões, concretamente os itens 3,12,18 são elaboradas de forma negativa sendo neste caso as pontuações invertidas. O valor global pode oscilar de um mínimo de 20 a um máximo de 100.

Uma análise dos componentes principais revelou a presença de seis fatores, quatro deles claramente definidos:

**Fator 1 - aceitação/rejeição social.** (itens 1, 4, 9, 16 e 17)

**Fator 2 - autoeficácia** é constituído por seis questões (3, 5, 8, 11, 18 e 20) que realçam a capacidade de enfrentar e resolver problemas e dificuldades. Os valores mais altos indicam independência e os mais baixos, dependência.

Estes dois primeiros fatores são os mais importantes, relacionando-se, o primeiro, com o significado que uma pessoa pode ter para outra e, o segundo a competência sentida em relação à resolução de problemas.

**Fator 3 - maturidade psicológica.** (itens 2, 6, 7 e 13)

**Fator 4 - impulsividade/atividade.** Agrupa três questões (10, 15 e 19)

Os **fatores 5 e 6** abrangem os itens (12 e 14) são considerados pelo autor como **fatores mistos**, já representados noutros fatores, sem qualquer denominação específica (Serra, 1986).

Para a análise dos resultados obtidos através desta escala, o autor valoriza os resultados dos fatores 1, 2, 3 e 4, assim como o seu total, em detrimento dos fatores 5 e 6.

No nosso estudo para se obterem os resultados finais destes fatores, que apresentam índice de correção automática, foi necessário recorrer ao programa *“Programa para cotação automática do inventário clínico do autoconceito”*, fornecido pelo autor do ICAC.

### **Estudo psicométrico para o presente estudo**

Em relação aos valores médios e respectivos desvios padrão, poderemos observar (tabela 4) que todos os itens se encontram bem centrados uma vez que se situam acima do ponto médio da escala, oscilando entre os 3,26 no item 4 *“No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador”* e os 4,25 no item 19 *“Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço”*

Reportando-nos aos coeficientes de correlação item total corrigido (cf. Tabela 4), os itens 15 *“Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece”* e 18 *“Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros”* são os que se apresentam mais problemáticos, uma vez

que as suas correlações ( $r = 0.180$ ) e ( $r = 0.120$ ), explicam 15,5% e 7,3% respectivamente, da variabilidade e não se revelam homogêneos face a outros itens. Face aos critérios acima apontados e dado que os valores correlacionais são inferiores a estes dois itens deveriam ser eliminados, mas decidimos mantê-los uma vez que optamos por manter a escala com os itens originais. A correlação máxima é obtida no item 17 ( $r = 0.642$ ). “*Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros*” apresentando 55,3% da sua variabilidade.

Os valores de alfa de Cronbach poderão classificar-se de bons pois oscilam entre 0,853 e 0,872 com um alfa global da escala de 0,865. O coeficiente de bipartição método das metades ou de split half revela para a primeira metade um valor de alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.780$ ), e para a segunda um valor ligeiramente mais fraco ( $\alpha = 0.736$ ), mas mesmo assim classificados de bons.

**Tabela 4 – Consistência Interna dos itens da escala de auto-conceito**

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	r <sup>2</sup>	$\alpha$ sem item
1	Sei que sou uma pessoa simpática	3,91	0,731	,492	0,375	,858
2	Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões	3,78	0,864	,460	0,259	,859
3	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	4,08	0,835	,394	0,340	,862
4	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	3,26	0,988	,401	0,266	,862
5	Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	3,32	0,751	,488	0,300	,858
6	Considero-me tolerante para com as outras pessoas	3,73	0,827	,311	0,225	,865
7	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	3,89	0,820	,511	0,376	,857
8	De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	3,94	0,810	,638	,531	,853
9	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	3,75	0,748	,563	,491	,856
10	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	3,88	0,744	,584	,426	,855
11	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	3,71	0,791	,625	,534	,853
12	Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	4,21	0,921	,299	,281	,866
13	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	3,79	0,820	,389	,211	,862
14	Considero-me competente naquilo que faço	3,85	0,693	,622	,468	,854
15	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	3,56	0,969	,180	,155	,871
16	A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	3,71	0,822	,598	,441	,854
17	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	3,88	0,698	,642	,553	,854
18	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	3,77	0,872	,120	,073	,872
19	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	4,25	0,703	,493	,312	,858
20	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	3,59	0,862	,601	,426	,854
<b>Coeficiente Split Half</b>		Primeira metade = 0,780				
		Segunda metade = 0,736				
<b>Coeficiente alpha Cronbach global</b>		0,865				



Na tabela 5 apresentamos os parâmetros de validade e de precisão dos fatores do autoconceito por subescala. Analisando o **factor 1 Aceitação/rejeição social**, obtivemos valores de alfa razoáveis uma vez que oscilam entre ( $r=0.688$ ) no item 17 “*Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros*” e ( $r=0.779$ ) no item 4 “*No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador*”. Destaca-se que o item 17 é o que exprime maior variabilidade (52,4%) e o item 4 a menor com 20.5%. Acresce ainda referir que de acordo com Marôco (2011), o valor de alfa de Cronbach para o item 17 (0.688) embora ligeiramente mais baixo é considerado aceitável em ciências sociais.

Para o **fator 2** designado por *Autoeficácia* que realça a capacidade de enfrentar e resolver problemas e dificuldades, também obtivemos valores de alfa razoáveis oscilando entre 0.661 no item 11 “*Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades*” e 0.784 no item 18 “*Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros*”. Nota-se que o item 11, “*Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades*” é o que apresenta maior valor correlacional ( $r=0,627$ ) explicando 44.0% da sua variabilidade e o de menor correlação é o item 18 ( $r=0,191$ ), sendo também este que apresenta menor variabilidade (4.9%).

No **Fator 3** que representa a *maturidade psicológica*, o item que mais se correlaciona com os restantes é o item 7 com ( $r=0.449$ ) “*Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis*” com cerca de 20.6% da variabilidade, o que comprova a forte correlação e importância dos seus resultados para esta subescala. Os valores de alfa de Cronbach a oscilarem entre 0.414 no item 7 e 0.569 no item 6 “*Considero-me tolerante para com as outras pessoas*” são concordantes com uma razoável consistência interna

Para o **Fator 4 - Impulsividade/atividade** os resultados com menor expressão são obtidos no item 15 “*Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece*” cujo valor correlacional é de  $r=0.265$  explicando 7% da sua variabilidade. O item com maior valor correlacional é o 10 “*Quando tenho uma ideia que me*



*parece válida gosto de a pôr em prática*” com um  $r$  de 0,378 exprimindo cerca de 17.8% da variabilidade através dos restantes itens da subescala. Quanto à consistência interna obtiveram-se valores de alfa a oscilarem entre 0.344 no item 10 e 0.568 no item 1 “Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece” que podem classificar-se de fracos.

**Tabela 5 - Consistência Interna dos itens do auto-conceito por subescala**

Itens		r/Item total	$r^2$	$\alpha$ sem item
<b>Fator 1 – Aceitação/ rejeição social</b>				
1	Sei que sou uma pessoa simpática	,533	,331	,737
4	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	,452	,205	,779
9	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	,595	,388	,717
16	A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	,518	,328	,742
17	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	,699	,524	,688
<b>Fator 2 – Autoeficácia</b>				
3	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	,507	,278	,695
5	Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	,433	,207	,716
8	De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	,617	,415	,663
11	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	,627	,440	,661
18	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	,191	,049	,784
20	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	,538	,345	,685
<b>Fator 3 – Maturidade psicológica</b>				
2	Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões	,329	,150	,513
6	Considero-me tolerante para com as outras pessoas	,255	,086	,569
7	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	,449	,206	,414
13	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	,376	,142	,474
<b>Fator 4 – Impulsividade/atividade</b>				
10	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	,378	,178	,344
15	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece	,265	,070	,568
19	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	,376	,175	,358

Na tabela 6 comparamos os resultados da consistência interna obtidos no Inventário do autoconceito entre a amostra utilizada no nosso estudo e os da escala original. Vaz Serra (1986) determinou a estabilidade do Inventário Clínico de Autoconceito utilizando o «teste-reteste» que se traduziu, conforme já referido por um coeficiente de correlação de 0,838 e a consistência interna pelo (coeficiente de Spearman-Brown) que foi de 0,791. A validade do ICAC foi evidenciada no decurso do processo original de construção do inventário (Vaz Serra, 1986). Investigações posteriores com amostras de indivíduos normais e indivíduos com perturbações emocionais, permitiram reforçar a ideia de que o ICAC é um instrumento que demonstra uma validade adequada.

Os valores de Alfa de Cronbach dos quatro fatores no nosso estudo variam entre o razoável nos fatores 3 e 4 com valores de  $\alpha=0.567$  e  $\alpha=0.515$  e o bom no autoconceito global ( $\alpha=0.865$ ). Já o coeficiente de bipartição de Split half apresenta índices mais baixos mas é perfeitamente compreensível, uma vez que há a tendência do valor de alfa diminuir face à redução do número de itens. Nota-se que o valor global de Alpha de Cronbach do nosso estudo é ligeiramente superior ao obtido na escala original.

**Tabela 6** – Alfa de Cronbach por fatores do Inventário de autoconceito

Subescalas	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa global (original)
		(Split-half)		Alfa global	
		Parte 1	Parte 2		
Fator 1 – Aceitação/ rejeição social	5	0.635	0.706	0.774	Não obtido
Fator 2 – Autoeficácia	6	0.621	0.482	0.740	Não obtido
Fator 3 – Maturidade psicológica	4	Não aplicável		0.567	Não obtido
Fator 4 – Impulsividade/atividade	3	Não aplicável		0.515	Não obtido
Autoconceito global	20	0.780	0.736	0.865	0,791

Apresentamos na tabela 7 a validade discriminante do item que como refere Ribeiro (1999, pag. 553) se evidencia pela “diferença entre a correlação do item com a escala a que pertence por comparação com a correlação do item com as escalas a que não pertence”. Todos os itens apresentam correlações positivas e significativas e nas suas subescalas a correlação é sempre maior com o resultado da subescala do qual o item faz parte.

Observamos que o índice de discriminação dos itens é superior a 0.20 entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence, conforme valores apenas a negrito e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala, excepto para os itens 3 e 11 pertencentes à autoeficácia com o fator impulsividade/atividade, o item 6 do factor maturidade psicológica com a auto-eficácia, o item 15 do fator impulsividade/atividade, com os fatores autoeficácia e maturidade psicológica e o item 18 com todas as subescalas excepto com a autoeficácia O segundo valor correlacional mais elevado é, sempre, com o resultado da escala global que como referimos resulta do somatório de todos os itens.

**Tabela 7 - Correlação dos itens com as subescalas e escala global do Autoconceito**

Nº Ite m	<i>itens</i>	F1	F2	F3	F4	AC TOTAL
1	Sei que sou uma pessoa simpática	<b>0.702***</b>	0.282***	0.389***	0.343***	0.555***
2	Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões	0.371***	0.402***	<b>0.656***</b>	0.323***	0.537***
3	Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	0.231***	<b>0.680***</b>	0.232***	0.135***	0.474***
4	No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<b>0.695***</b>	0.301***	0.218***	0.268***	0.494***
5	Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	0.371***	<b>0.606***</b>	0.370***	0.264***	0.552***
6	Considero-me tolerante para com as outras pessoas	0.316***	0.197***	<b>0.585***</b>	0.135***	0.396***
7	Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	0.361***	0.717***	<b>0.717***</b>	0.313***	0.579***
8	De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	0.426***	<b>0.531***</b>	0.531***	0.368***	0.692***
9	Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<b>0.745***</b>	0.387***	0.387***	0.331***	0.620***
10	Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	0.783***	0.398***	0.398***	<b>0.708***</b>	0.639***
11	Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	0.427***	<b>0.758***</b>	0.431***	0.419***	0.679***
12	<b>Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.</b>	<b>0.365***</b>	<b>0.226***</b>	<b>0.209***</b>	<b>0.099ns</b>	<b>0.395***</b>
13	Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	0.292***	0.285***	<b>0.663***</b>	0.257***	0.468***
14	<b>Considero-me competente naquilo que faço</b>	<b>0.467***</b>	<b>0.563***</b>	<b>0.451***</b>	<b>0.450***</b>	<b>0.670***</b>
15	Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	0.510***	0.051ns	0.126***	<b>0.736***</b>	0.287***
16	A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<b>0.704***</b>	0.471***	0.397***	0.385***	0.657***
17	Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<b>0.808***</b>	0.399***	0.448***	0.420***	0.688***
18	Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	0.030ns	<b>0.439***</b>	0.082ns	0.006ns	0.219***
19	Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	0.362***	0.414***	0.370***	<b>0.696***</b>	0.553***
20	Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	0.463***	<b>0.710***</b>	0.409***	0.379***	0.663***

Um dos aspetos importantes no estudo da validade da escala consiste na determinação da matriz de correlação entre os diversos fatores e o valor global da escala. Para Marôco (2011), as correlações não devem ser demasiado elevadas pois esta ocorrência indica-nos que os itens são redundantes, sendo preferível uma correlação moderada entre si, facto que revela uma sensibilidade a facetas diferentes do mesmo constructo. Pelos resultados obtidos que se apresentam na tabela 8, verifica-se que as correlações entre os quatro fatores do ICAC e o seu valor global são na sua totalidade positivas e significativamente correlacionadas o que nos permite afirmar que quanto maiores os valores dum fator maior o valor do outro ou vice-versa, com a qual se correlaciona. Os valores correlacionais oscilam entre o fraco no fator 4 vs fator 2 ( $r = 0.392$ ) e fator 4 vs fator 3 ( $r = 0.392$ ) e o razoável na relação com os restantes fatores com valores de  $r$  a oscilarem entre

( $r=0.472$ ) no fator 4 vs fator 1 e ( $r=0.518$ ) no fator 3 vs fator 2, mas para o total da escala as correlações são boas, explicando entre 42.2% com a Impulsividade/atividade e 66.7% com a auto-eficácia.

**Tabela 8** - Matriz de Correlação de Pearson entre subescalas e o autoconceito

	F1 Aceitação/ rejeição social	F2 Autoeficácia	F3 Maturidade psicológica	F4 Impulsividade/ atividade
F2 - Autoeficácia	0.487***	--		
F3 - Maturidade psicológica	0.488***	0.518***	--	
F4 - Impulsividade/atividade	0.472***	0.392***	0.392***	--
Auto-conceito global	0.812***	0.817***	0.746***	0.650***

\*\*\*  $p < 0.001$

## **Parte VI - Escala de Satisfação com o Suporte Social/ Familiar (Ribeiro, 1999).**

O Suporte social é definido através da existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós” (Sarason, et al., 1983, cit. por Ribeiro 1999). A escala de satisfação com o suporte social e familiar (ESSS) foi construída para medir a satisfação com o suporte social existente. É um instrumento desenvolvido por Wethington & Kessler (1986) validado para a população portuguesa por Pais Ribeiro (1999). É um instrumento de autopreenchimento, constituído por 15 itens, ordenados numa escala ordinal tipo Likert, com 5 posições de resposta desde, um (1) “Concordo totalmente” a (5) “Discordo totalmente” e que permitem ao participante assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas e refletir a sua satisfação com a vida social nomeadamente com quem interagem, tais como familiares e amigos, e com as atividades sociais que desenvolvem.

Os 15 itens distribuem-se por quatro fatores ou dimensões do suporte social. O primeiro, designado por **satisfação com os amigos**, mede a satisfação com as amigas e amigos e inclui cinco itens, 3, 12, 13, 14 e 15; O segundo, **intimidade**, mede a perceção da existência de suporte social íntimo, e compreende quatro itens (1, 4, 5 e 6). O terceiro fator diz respeito à **satisfação familiar**, mede a

satisfação com o suporte social familiar existente e é constituído por três itens (9, 10 e 11). O quarto fator consigna as **atividades sociais** pelo que mede a satisfação com as atividades sociais que realiza sendo representado por três itens (2, 7 e 8).

O resultado final da ESSS obtêm-se pela soma da pontuação dos 15 itens, podendo oscilar entre 15 e 75 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior satisfação com o suporte social (Ribeiro, 1999).

O estudo psicométrico desenvolvido pelos autores, revelou uma consistência interna bastante satisfatória com um *alfa de Cronbach global* de 0.85 e uma percentagem de variância explicada de 63%. Por subescala no primeiro fator a consistência interna foi de 0,83 explicando 35.0%, no segundo de 0,74 (12.1%) no terceiro de 0,74 (8.7%) e no último de 0,74 (7.3%)

O facto de ser um instrumento de auto-avaliação, leva a que seja um instrumento de fácil e rápido preenchimento.

### **Estudo psicométrico do suporte social no presente estudo**

Como verificamos na tabela 9, os valores de alfa de Cronbach variam entre 0.873 nos itens 12, 13 e 14 e 0.887 no item 8, com um valor de alfa global de 0.885, o que nos permite classifica-los como bons. Este item é porém o que pode apresentar-se como mais problemático dado que o valor mínimo é de ( $r=0.351$ ), explicando apenas 23,7% da sua variabilidade. As correlações máximas ( $r=0.680$ ) são obtidas nos itens 12 “*Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho*” e 14 “*Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos*” com uma percentagem de variância explicada de 64.5% e 63.2% respectivamente.

Os índices médios e respetivos desvios padrão dos diversos itens, configuram-se como bem centrados, já que se encontram todos acima da média esperada e com um desvio padrão a oscilar entre 1,014 no item 15 e 1.449 no item 6.

**Tabela 9 - Consistência Interna da Escala de Satisfação do Suporte Social**

Nº item	Itens	Média	dp	Correlação Item/total	R <sup>2</sup>	α sem item
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	3,63	1,218	,557	,404	,877
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	3,04	1,326	,497	,448	,880
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	3,62	1,188	,630	,509	,874
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	3,92	1,151	,588	,571	,876
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	4,04	1,060	,602	,575	,875
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	3,40	1,449	,510	,370	,880
7	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	3,18	1,271	,559	,443	,877
8	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	3,02	1,255	,351	,237	,887
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	4,07	1,069	,515	,509	,879
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	3,39	1,170	,362	,358	,885
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	3,76	1,085	,523	,589	,879
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	3,97	1,039	,680	,645	,873
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	3,45	1,086	,655	,612	,873
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	3,70	1,030	,680	,632	,873
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	4,12	1,014	,599	,596	,876

Na continuação do estudo da fiabilidade da escala, apresentamos na tabela 10 os valores correlacionais e de alfa de Cronbach dos itens por subescala. Assim, no que alude à satisfação com as amizades, obtêm-se valores de alfa que oscilam entre os 0.804 no item 12 e 0.868 no item 3 com um valor global para o total da subescala de 0.855 que é superior ao obtido no estudo da escala original. Salienta-se ainda que o item 12 é o que está mais correlacionado com a satisfação com as amizades ( $r=0,751$ ) e o menor é o item 3 ( $r=-0,519$ ), mas o que melhor representa esta subescala é o item 14 com 61.7%.

Na subescala intimidade, os valores de alfa a oscilam entre 0.666 nos itens 4 e 0.729 no item 6, sendo o alfa total para esta subescala de 0.747, similar ao obtido na escala original. O item que melhor representa a subescala é o 5 ( $r=-0,599$ ), explicando 53.3% da sua variabilidade e o menor o item 6 ( $r=0,496$ ) com uma variabilidade de 28.3%.

Para a satisfação com a família registamos que o item 11 ( $r=0,745$ ) é o que melhor representa esta subescala, com uma variabilidade de 57.0% sendo o item

10 ( $r=0.495$ ) o menos representativo e o menos relacionado com a mesma. Os valores de alfa variam entre 0.510 no item 11 e 0.801 no item 10 sendo o valor total da subescala de 0.764 ligeiramente superior ao estudo da escala original.

Finalmente, reportando-nos à subescala atividades sociais, obtivemos valores de alfa que variam entre 0.483 no item 7 e 0.631 no item 2. O item 7 ( $r=0.555$ ) é o que melhor se relaciona e que melhor representa a subescala, com uma variabilidade de 30.9% e o item 2 ( $r=0.445$ ) surge como o que menor valor correlacional estabelece sendo a sua variabilidade de 21.2%. O alfa global para esta subescala é de 0.672, ligeiramente superior ao estudo da escala original.

**Tabela 10** – Valores correlacionais por subescalas da satisfação com o suporte social e alfas de cronbach

Nº item	Variáveis	R/item	R2	Alpha
<b>Satisfação com amizades</b>				
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	0,519	0,279	0,868
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	0,751	0,613	0,804
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	0,688	0,558	0,820
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	0,747	0,617	0,805
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	0,665	0,551	0,826
<b>Intimidade</b>				
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0,520	0,295	0,701
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	0,587	0,530	0,666
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0,599	0,533	0,666
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0,496	0,283	0,729
<b>Satisfação com família</b>				
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	0,566	0,448	0,716
10	1 Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0,495	0,314	0,801
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0,745	0,570	0,510
<b>Atividades sociais</b>				
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0,445	0,212	0,631
7	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	0,555	0,309	0,483
8	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0,457	0,229	0,612

Em síntese, na tabela 11 comparamos os coeficientes de alfa da escala original com os obtidos no nosso estudo. Como aferimos, os resultados obtidos atestam de valores de alfa superiores aos da escala original, em todas as subescalas e fator global.



**Tabela 11 – Comparação dos valores de alfa do estudo atual com a escala original por subescala**

Subescalas	Nº Itens	Alfa de Cronbach	
		Estudo atual	Estudo original
Satisfação com as amizades	5	0.855	0.83
Intimidade	4	0.747	0.74
Satisfação com a família	3	0.764	0.74
Atividades Sociais	3	0.672	0.64
Total ESSS	15	0.885	0.85

No que se refere à validade discriminante do item observamos pelos dados da tabela 12 que o índice de discriminação dos quinze itens é superior a 0.20 entre a magnitude da correlação com a escala a que pertence e a magnitude do segundo valor de correlação com outra escala, excepto para o item 8 pertencente às atividades sociais com a satisfação com a família ( $r=0.154$ ) e o item 10 relacionado com a satisfação com a família e com as atividades sociais ( $r=0.185$ ). O segundo valor correlacional mais elevado é obtido com o valor da escala global.

**Tabela 12 – Validade discriminante do suporte social**

Nº item	Itens	SA	IN	SF	AS	TOT
1	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	0.433	<b>0.739</b>	0.333	0.448	0.632
2	Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	0.481	0.384	0.214	<b>0.764</b>	0.586
3	Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<b>0.708</b>	0.564	0.272	0.554	0.694
4	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	0.590	<b>0.772</b>	0.287	0.312	0.655
5	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	0.581	<b>0.767</b>	0.363	0.288	0.663
6	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	0.404	<b>0.761</b>	0.256	0.441	0.606
7	Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	0.448	0.504	0.250	<b>0.813</b>	0.637
8	Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	0.275	0.275	0.154	<b>0.756</b>	0.451
9	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	0.463	0.395	<b>0.801</b>	0.236	0.586
10	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	0.316	0.234	<b>0.782</b>	0.185	0.454
11	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	0.439	0.376	<b>0.895</b>	0.239	0.594
12	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<b>0.847</b>	0.539	0.463	0.342	0.730
13	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<b>0.810</b>	0.446	0.444	0.456	0.710
14	Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<b>0.844</b>	0.505	0.410	0.435	0.729
15	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<b>0.787</b>	0.533	0.373	0.254	0.657

SA – Satisfação com amizades; IN – Intimidade; SF – Satisfação com família; AS – Atividades sociais; Tot – Escala total

Para terminar o estudo de consistência interna, fazemos referência na tabela 13 à matriz de correlação efetuada com todas as subescalas e fator global. Denota-se que as correlações são positivas e significativas, oscilando entre ( $r=0.266$ ) na



relação entre atividades sociais e satisfação com a família e ( $r=0.650$ ) na relação entre intimidade e satisfação com amizades. Os resultados permitem-nos afirmar que o aumento ou diminuição do valor duma subescala contribui para o aumento ou diminuição da outra com a qual se correlaciona. Já a correlação entre a nota da escala global e as notas das sub-escalas, indicam-nos que as sub-escalas que melhor esclarecem a satisfação com o suporte social são a satisfação com as amizades e a intimidade, com cada uma delas por si só a explicar mais de 70.0% da variância do valor global, o que vai de encontro ao estudo realizado por Ribeiro (1999).

**Tabela 13** - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e Escala de Satisfação do Suporte Social

Subescalas	Satisfação com amizades	Intimidade	Satisfação com a família	Catividades sociais
Intimidade	0.650***	--		
Satisfação com a família	0.489***	0.403***	--	
Atividades sociais	0.519***	0.499***	0.266***	--
<b>Suporte social global</b>	0.884***	0.838***	0.657***	0.719***

\*\*\*  $p > 0,001$

## Parte VII - Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

A escala de vinculação do adulto (EVA), versão portuguesa da Adult Attachment Scale, de Collins e Read (1990), traduzida e adaptada por Canavarro, Dias e Lima, (2006) permite estudar o tipo de vinculação estabelecido pelos sujeitos, com figuras adultas de referência. É constituída por 18 itens que permitem identificar o tipo de vinculação ao adulto predominante em determinado indivíduo, os quais se distribuem em igual número por três dimensões ou fatores cuja designação se deve aos autores da escala original.

A primeira dimensão designada de **Ansiedade** é constituída pelos itens 3, 4, 9, 10, 11 e 15 e caracteriza-se pelo grau de ansiedade vivenciada pelo indivíduo. Relaciona-se com questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser desejado como por exemplo “*Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim*”. Denota-se existir um

paralelismo entre esta dimensão e o estilo de vinculação ansioso, pelo que quanto mais alto o valor nesta dimensão, mais ansioso é o estilo de vinculação.

A **dimensão Conforto com a Proximidade** comporta os itens 1, 6, 8\*, 12, 13\* e 14 e caracteriza-se pelo grau com que o sujeito se sente confortável com a intimidade e proximidade, sendo exemplo a afirmação “*Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas*”. Existe um paralelismo com o estilo de vinculação Seguro, pelo que quanto mais alto o valor nesta dimensão, mais seguro é o estilo de vinculação.

A **dimensão Confiança nos Outros** é composta pelos itens 2\*, 5, 7\*, 16\*, 17\* e 18\* e corresponde ao grau de confiança que os sujeitos depositam nos que os rodeiam, bem como, na disponibilidade destes quando sentida como necessária. Cita-se como exemplo, “*Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros*”. Esta dimensão tem o seu equivalente no estilo de vinculação evitante, ou seja, quanto mais baixo for o valor nesta dimensão, mais evitante é o estilo de vinculação (Canavarro et al., 2006).

A resposta aos itens da EVA é dada numa escala de Likert de cinco pontos que varia entre “nada característico em mim” (1) e “extremamente característico em mim” (5). O resultado final de cada sub-escala é obtido pela soma dos seus itens que pode variar entre 6 e 30, sendo que os itens acima assinalados com asterisco (\*) (2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18) são cotados de forma inversa, por se encontrarem invertidos. Após o somatório, a pontuação final deve ser dividida pelo número de itens que comporta cada subescala.

Os resultados são analisados no sentido em que a pontuação mais elevada para cada sujeito entre as três dimensões se caracteriza o seu estilo de vinculação,

Na perspectiva do nosso estudo, procuramos avaliar o modo como os estudantes se vinculam aos adultos, ou seja, interessa-nos analisar a forma como as três dimensões coexistem no mesmo sujeito. Neste sentido, a escala permite classificar os indivíduos de acordo com os protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990,) citado em Canavarro et al., (2003) e dos quais consta:

Seguro, Preocupado, Desligado, Amedrontado. Refere a autora que poderão encontrar-se situações não classificáveis isto é padrões de vinculação que não se enquadram em nenhuma das categorias ou tipos referidos. A categorização dos diferentes padrões de vinculação obedece aos seguintes critérios:

**Seguro:** Fazem parte deste grupo os indivíduos que apresentam valores superiores a 3 na variável conforto com a proximidade e confiança nos outros, e valores inferiores ao valor médio (3) na variável ansiedade de vinculação;

**Preocupado:** Este grupo comporta os indivíduos que apresentam valores superiores a 3 nas três variáveis (conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade);

**Desligados:** Deste grupo constam os indivíduos que apresentam valores inferiores a 3 nas três variáveis (conforto com a proximidade, confiança nos outros e ansiedade);

**Amedrontado:** Para este grupo encontram-se os indivíduos que apresentam valores inferiores a 3 na variável conforto com a proximidade e confiança nos outros, e valores superiores ao valor médio (3) na variável ansiedade.

No que respeita aos indicadores de fiabilidade para as subescalas da EVA e para o total da escala, Canavarro et al. (2006) obtiveram valores de alpha de Cronbach de 0,84 para a dimensão ansiedade, 0,67 para o Conforto com a Proximidade e 0,54 para a Confiança nos Outros, com um valor de alpha global de 0,81, um coeficiente de Spearman-Brown de 0,84 e um coeficiente de bipartição (split-half) de 0,83.

Face aos resultados de fiabilidade e validade, a EVA de acordo com os referidos autores, parece apresentar características psicométricas que permitem e encorajam a sua utilização, quer em contexto de investigação clínica, quer em contexto científico.

## **Estudo psicométrico da escala de vinculação do adulto no presente estudo**

O estudo da confiabilidade desta escala, foi realizado somente com o cálculo do alpha de Cronbach para cada subescala.

Reportando-nos à subescala **Ansiedade** as estatísticas revelam índices médios inferiores ao esperado, com um índice mínimo no item 4 “*As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria*” (média=  $2.09 \pm 0.99$ ) e um máximo no item 10 “*Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo*” (média =  $2.69 \pm 1.15$ ). Contudo o item que melhor representa esta subescala é o item 11 “*Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)*” com um valor correlacional de 0.783 e uma percentagem de variância explicada de 62.5%. Já o item com menor variabilidade (32.0%) e que se apresenta como o mais problemático é o 4 com um valor de correlação de 0.55. Os valores de alfa de cronbach dos diferentes itens ao oscilarem entre 0.838 0.876 e para o valor global ( $\alpha = 0.877$ ) desta subescala podem classificar-se de bons.

Na **confiança com os outros** os índices médios de todos os itens são superiores ao esperado, com exceção do item 6 “*Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim*” cujo valor é de 2.86 com um desvio padrão de 1.02, sendo também o que regista menor variabilidade 12.1% e menor valor correlacional ( $r=0.214$ ). A maior variabilidade (29.5%) é obtida no item 8 “*Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas*” a que corresponde um valor correlacional com item de 0.394 e o mais elevado observa-se no item 14 “*Quando precisar sinto que posso contar com as pessoas*” ( $r= 0.420$ ) com uma variabilidade de 24.1%. Quanto aos coeficientes alfa denota-se que são razoáveis, oscilando entre os 0.549 no item 1 “*Estabeleço com facilidade relações com as pessoas*” e 0.640 no item 6 “*Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim*”.

Para o conforto com a proximidade o item menos representativo e que poderá tornar-se mais problemático é o 5 “*Sinto-me bem dependendo dos outros*” ao revelar um índice médio de  $1,71 \pm 0.88$  dp com uma correlação negativa em

relação aos restantes e inferior a 0.20 o que na nossa perspectiva deveria retirar-se da escala. Os restantes itens encontram-se bem centrados já que os índices médios observados se encontram ligeiramente mais elevados do que os esperados. Dentro destes o que melhor representa a escala é o item 18 “*Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas*” ( $r=0.546$ ), com uma variabilidade de 47.5% Os valores de alfa variam entre 0.364 no item 18 e 0.647 no item 5. O que nos leva a classifica-nos entre o fraco e o razoável sendo o valor total da subescala de 0.545 ligeiramente inferior ao estudo da escala original.

**Tabela 14** – Valores correlacionais por subescalas da escala de vinculação do adulto e alfas de cronbach

item		Média	dp	R/item	R2	Alpha
	<b>Ansiedade</b>					
3	Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	2.74	1.11	0,692	0,497	0,854
4	As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria	2.09	0.99	0,550	0,320	0,876
9	Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	2.35	1.12	0,690	0,510	0,854
10	Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo	2.69	1.15	0,746	0,580	0,844
11	Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)	2.48	1.16	0,783	0,625	0,838
15	Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	2.37	1.15	0,629	0,421	0,865
	<b>Confiança com os outros</b>					
1	Estabeleço com facilidade relações com as pessoas.	3.32	1.00	0,440	0,220	0,549
6	Não me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim	2.86	1.02	0,214	0,121	0,640
8	Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas	4.08	0.93	0,394	0,295	0,570
12	Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas	3.62	0.89	0,392	0,199	0,572
13	Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	3.85	0.98	0,304	0,194	0,604
14	Quando precisar sinto que posso contar com as pessoas.	3.52	1.01	0,420	0,241	0,557
	<b>Conforto com Proximidade</b>					
2	Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros	3.13	1.10	0,186	0,059	0,550
5	Sinto-me bem dependendo dos outros.	1.71	0.88	-0,119	0,082	0,647
7	Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	4.01	0.93	0,417	0,347	0,444
16	Acho difícil confiar completamente nos outros	3.03	1.18	0,454	0,252	0,406
17	Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	3.80	1.03	0,290	0,191	0,498
18	Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	3.80	1.06	0,546	0,445	0,364

A tabela 15 contém os valores de alfa por subescala do estudo atual comparando-os com os estudos de validade e fiabilidade realizados para a população portuguesa. No estudo atual a subescalas ansiedade e confiança com os outros apresentam um valor de alfa superior ao estudo de validação para a população portuguesa.

**Tabela 15** – Comparação dos valores de alfa do estudo atual da escala de vinculação do adulto com a escala original por subescala

Subescalas	Nº Itens	Alfa de Cronbach	
		Estudo atual	Estudo de validação
Ansiedade	6	0.877	0.84
Confiança com os outros	6	0.627	0.54
Conforto com Proximidade	6	0.545	0.67

Apresentamos na tabela 16 a matriz de correlação entre as diferentes subescalas e o seu valor global. A primeira ilação que se retira é a de que a ansiedade estabelece uma relação negativa e significativa com as outras duas subescalas o que nos permite afirmar que a menores índices de ansiedade se configura um maior conforto com a proximidade e confiança com os outros com variabilidades de 15,21% e de 31,24% respectivamente. Entre a confiança com os outros e a proximidade a relação é positiva e significativa isto é uma maior confiança com os outros induzem uma maior proximidade sendo que a percentagem de variância explicada se situa nos 17,55%.

A correlação entre a nota da escala global e as notas das sub-escalas, indicam-nos que o conforto com a proximidade é que melhor esclarece a vinculação do adulto ao explicar cerca de 30.0% da variância do valor global.

**Tabela 16** - Matriz de Correlação de Pearson entre as subescalas e valor global da Escala de vinculação do adulto

Subescalas	Ansiedade	Conforto com Proximidade	Confiança com os outros
Conforto com Proximidade	-0.390***	--	
Confiança com os outros	-0.559***	0.419**	--
<b>Total vinculação</b>	0.383***	0.548***	0.376***

\*\*\* p>0,001

## Parte VIII - Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21)

O material usado para avaliar aspetos relacionados com algumas perturbações psicopatológicas dos estudantes (Depressão, Ansiedade e Stress), foi a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21); versão para a população portuguesa adaptada por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, (2004). Este instrumento inicialmente designado por Depression, Anxiety Stress Scale (DASS) tem como autores originais Lovibond & Lovibond, (1955,) sendo constituída por 42

itens. A tradução, adaptação e validação para a população portuguesa foi efetuada em 2004 pelos autores acima citados e no mesmo ano a versão com 21 itens designada pelo acrónimo EADS-21 que se propõe medir os mesmos construtos e do mesmo modo que a versão de 42 itens. Para Ribeiro, Honrado & Leal, (2004) as “medidas reduzidas são úteis em psicologia da saúde no sentido em que são preferíveis às mais longas dado que nos seus contextos de aplicação às populações tendem a estar mais fragilizadas e a avaliação constituir quase sempre uma sobrecarga”.

A ansiedade e depressão são constructos claramente distintas do ponto de vista fenomenológico mas difíceis de diferenciar empiricamente (Pais-Ribeiro et al 2004). Nesse sentido Clark & Watson (1991), citados por Ribeiro et al (2004) propõem um modelo tripartido em que os seus sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. A primeira designada por distress ou afeto negativo inclui sintomas inespecíficos, comuns à Ansiedade e Depressão, experienciados tanto por indivíduos deprimidos como ansiosos (humor deprimido e ansioso) e ainda insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidade e dificuldade de concentração, sendo estes responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão. A ansiedade e a depressão integram as outras duas estruturas com a tensão somática e a hiperatividade específicas da ansiedade, e a anedonia e a ausência de afeto positivo da depressão.

A EADS- 21 está organizada em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress, contendo cada uma delas sete itens. Cada item comporta uma frase, uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, e à qual se pede ao sujeito que responda se a afirmação se se aplicou “na semana passada”. Os itens são apresentados em escala ordinal tipo Likert de 0 a 3 com quatro pontos de gravidade ou frequência (0) “*não se aplicou nada a mim*” (1) “*aplicou-se a mim algumas vezes*” (2) “*aplicou-se a mim muitas vezes*” e (3) “*aplicou-se a mim a maior parte das vezes*”.

A escala fornece três notas, uma por subescala que resulta do somatório dos itens que a constituem, sendo que o valor mínimo é “0” e o máximo “21 ”.



Notas mais elevadas em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos.

De acordo com conceitos clínicos e a análise factorial realizada, os itens agruparam-se, nas três dimensões, da seguinte forma: **Depressão** – itens 3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21; **Ansiedade** – itens 2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20 e **Stress** – itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18.

Para cada uma destas subescalas foram utilizados os seguintes constructos:

- **Depressão** – Disforia (item 13); Desânimo (item 10); Desvalorização da vida (item 21); Auto-depreciação (item 17); Falta de interesse ou de envolvimento (item 16); Anedonia (item 3) e Inércia (item 5).
- **Ansiedade** – Excitação do sistema autónomo (itens 2, 4 e 19); Efeitos músculo esqueléticos (item 7); Ansiedade situacional (item 9); Experiências subjetivas de ansiedade (itens 15 e 20).
- **Stress** – Dificuldade em relaxar (itens 1 e 12); Excitação nervosa (item 8); Facilmente agitado/chateado (item 18); Irritável/reação exagerada (itens 6 e 11); Impaciência (item 14).

As perturbações depressão, ansiedade e Stress, de acordo com a EADS-21, são perturbações psicológicas conceptualizadas e avaliadas em termos dimensionais e não categoriais, ou seja, são essencialmente diferenças de grau (sujeitos normais versus sujeitos com perturbação psicológica) que vão de “normal” a “muito grave”. A validação para a população portuguesa revelou uma estrutura semelhante à original.

O estudo da consistência interna com recurso ao alfa de Cronbach da versão portuguesa revelaram um valor de 0,85 para a subescala de Depressão, 0,74 para a subescala de Ansiedade e 0,81 para a subescala de Stress. A escala de 21 itens esteve fortemente correlacionada com a escala de 42 itens (Pais Ribeiro et al., 2004).



## **Estudo psicométrico da escala da escala de ansiedade depressão e stress para o presente estudo**

Na tabela 17 apresentam-se os resultados da fiabilidade (médias e desvios padrão) e as correlações obtidas entre cada subescala e o índice global. Os valores de alfa de Cronbach, podemos considerá-los de muito bons pois oscilam entre 0.955 e 0.957. Pelos coeficientes de correlação item total corrigido, os itens parecem-nos bem centrados pois apresentam valores correlacionais acima de 0,50 sendo o menor no item 2 ( $r = 0.574$ ) “*Senti a minha boca seca*” com uma percentagem de variância explicada de 40.4% e o mais elevado no item 12 ( $r = 0.792$ ) “*Senti dificuldade em me relaxar*”, com uma variabilidade de 70.0%.

Os valores médios e respetivos desvios padrão permite observar pouca dispersão entre itens já que apresentam um índice médio inferior ao esperado. A determinação do índice de fiabilidade pelo método das metades indica-nos valores de Alfa de Cronbach ligeiramente mais fracos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.958), mas classificados de muito bons já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.912 e para a segunda de 0.930

**Tabela 17** – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Escala de Ansiedade Depressão e Stress

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	R <sup>2</sup>	Alpha s/item
1	Tive dificuldades em me acalmar	0,99	0,748	0,686	0,562	0,956
2	Senti a minha boca seca	0,74	0,764	0,574	0,404	0,957
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,71	0,796	0,731	0,585	0,955
4	Senti dificuldades em respirar	0,56	0,764	0,608	0,453	0,957
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,79	0,745	0,630	0,460	0,957
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,96	0,802	0,668	0,532	0,956
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,74	0,842	0,651	0,516	0,956
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,91	0,843	0,739	0,623	0,955
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,66	0,818	0,649	0,458	0,956
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,58	0,834	0,726	0,670	0,955
11	Dei por mim a ficar agitado	0,85	0,798	0,777	0,678	0,955
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,02	0,831	0,792	0,700	0,955
13	Senti-me desanimado e melancólico	1,09	0,860	0,755	0,665	0,955
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,85	0,810	0,714	0,560	0,956
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,62	0,801	0,750	0,618	0,955
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,68	0,834	0,733	0,661	0,955
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,62	0,836	0,717	0,694	0,956
18	Senti que por vezes estava sensível	1,22	0,849	0,723	0,580	0,955
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,88	0,906	0,704	0,561	0,956
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,66	0,827	0,741	0,605	0,955
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,57	0,862	0,721	0,717	0,956
Coeficiente Split-half				1ª metade – 0.912		
				2ª metade - 0.930		
Coeficiente alpha Cronbach global				0.958		

Os resultados de fiabilidade das subescalas de depressão ansiedade e stress são apresentados na tabela 18. Para a subescala da depressão, nota-se pelos valores médios homogeneidade nas respostas dadas aos diferentes itens, uma vez que se obteve uma pontuação que oscila entre os 0.57 ( $\pm 0.863$  dp) no item 21 e 1.09 ( $\pm 0.745$  dp) no item 5. Os coeficientes de alpha de Cronbach dão-nos indicações de muito boa consistência interna porquanto o menor valor ( $\alpha = 0.955$ ) foi encontrado nos itens 16, 17 e 21 e o maior ( $\alpha = 0.921$ ) no item 5. Contudo o coeficiente de bipartição de split-half ( $\alpha = 0.847$ ) para a primeira metade e ( $\alpha = 0.889$ ) para a segunda revela uma boa consistência interna.

Os itens que mais se correlacionam com os restantes são o 16 “*Não fui capaz de ter entusiasmo por nada*” e o 21 “*Senti que a vida não tinha sentido*” explicando respetivamente 65.0% e 70.7% da sua variabilidade.

Analisando os resultados relativos à ansiedade, observamos pela mesma tabela índices médios similares em todos os itens ao situarem-se entre ( $r = 0.56$ ) no item 4 “*Senti dificuldades em respirar*” e ( $r = 0.88$ ) no item 19 “*Senti alterações no*

*meu coração sem fazer exercício físico*” O item que melhor se correlaciona com os restantes é o item 20 ( $r= 0.742$ ) sendo também este o que apresenta maior variabilidade de resposta (57.3%) enquanto o item 2 “Senti a *minha boca seca*” é o que apresenta menor percentagem de variância explicada (33.3%). Já o coeficiente de consistência interna ao revelar valores de alfa a oscilarem entre 0.855 e 0.876 pode classificar-se de bom para um valor de alfa global para esta escala de 0.881. O coeficiente de bipartição continua a manifestar boa consistência entre os itens que o constituem pois na primeira metade o Alfa de Cronbach foi de 0.770 e na segunda metade ligeiramente mais elevado situando-se nos 0.831 (tabela 18).

Relativamente ao ao Stress registaram-se valores de alfa classificados entre o muito bom e o bom uma vez que oscilam entre os 0.901 no item1 “*Tive dificuldades em me acalmar*” e 0.891 no item12 “*Senti dificuldade em me relaxar*” com um valor global para o total da escala de 0.912 Os valores de split-half na primeira ( $\alpha= 0.860$ ) e segunda metade ( $\alpha= 0.821$ ) constituem-se como bons indicadores da consistência interna da subescala. Os valores correlacionais, indicam que o item 12 “*Senti dificuldade em me relaxar*” é o que está mais correlacionado com o Stress ( $r=0.806$ ) sendo também o que melhor representa esta subescala uma vez que a sua variabilidade é de 67.6%.

**Tabela 18** – Consistência interna por subescalas da escala de depressão, stress e ansiedade.

item		Média	dp	R/item	R2	Alpha
<b>Depressão</b>						
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0,71	0,796	0,729	0,542	0,912
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0,79	0,745	0,634	0,410	0,921
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0,58	0,834	0,792	0,656	0,906
13	Senti-me desanimado e melancólico	1,09	0,860	0,732	0,553	0,912
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0,68	0,834	0,801	0,650	0,905
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	0,62	0,836	0,798	0,683	0,905
21	Senti que a vida não tinha sentido	0,57	0,862	0,801	0,707	0,905
<b>Ansiedade</b>						
2	Senti a minha boca seca	0,74	0,764	0,567	0,333	0,876
4	Senti dificuldades em respirar	0,56	0,764	0,647	0,435	0,867
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0,74	0,842	0,671	0,455	0,864
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0,66	0,818	0,618	0,422	0,870
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0,62	0,801	0,719	0,538	0,858
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0,88	0,906	0,712	0,531	0,859
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0,66	0,827	0,742	0,573	0,855
<b>Stress</b>						
1	Tive dificuldades em me acalmar	0,99	0,748	0,711	0,517	0,901
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0,96	0,802	0,694	0,489	0,903
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0,91	0,843	0,749	0,577	0,897
11	Dei por mim a ficar agitado	0,85	0,798	0,787	0,645	0,893
12	Senti dificuldade em me relaxar	1,02	0,831	0,806	0,676	0,891
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0,85	0,810	0,693	0,488	0,903
18	Senti que por vezes estava sensível	1,22	0,849	0,694	0,492	0,903

A tabela 19 sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no nosso estudo e estabelece a comparação com os resultados da escala validada para a população portuguesa. Registamos que os valores obtidos no nosso estudo são mais elevados do que os da escala original.

**Tabela 19** – Comparação dos valores de alfa de Cronbach do presente estudo com os da versão portuguesa para as subescalas de depressão, ansiedade e stress.

Sub scales	Nº itens	Alfa de Cronbach			Alfa de Cronbach Versão portuguesa
		(Split-half)		Presente estudo	
		Parte 1	Parte 2		
Depressão	7	0.847	0.889	0.922	0.85
Ansiedade	7	0.770	0.831	0.881	0.74
Stress	7	0.860	0.821	0.912	0.81

Dando continuidade aos estudos de fiabilidade, a tabela 20 diz respeito à validade convergente/ discriminante dos itens que como já referimos é efetuada

pela comparação da correlação do item da escala a que pertence com as correlações com as escalas a que não pertence.

Uma primeira conclusão a extrair, é a de que todos os itens estabelecem com as três escalas correlações positivas e altamente significativas ( $p = <0,00$ ) com valores superiores a 0.40, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante.

Na subescala depressão os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,474$ ) no item 2 “*Senti a minha boca seca*” pertencente à subescala de ansiedade e ( $r = 0,656$ ) no item 18 “*Senti que por vezes estava sensível*” da escala de stress. As correlações dos itens com a escala a que pertencem regista o menor valor correlacional ( $r = 0.723$ ) no item 5 “*Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas*” e o maior ( $r = 0.861$ ) no item 21 “*Senti que a vida não tinha sentido*”

Para a subescala ansiedade o menor valor correlacional é encontrado no item 5 ( $r = 0.543$ ) relacionado com a depressão “*Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas*” e o maior no item 12 “*Senti dificuldade em me relaxar*” da escala de stress. Entre os itens pertencente a esta subescala destaca-se como o de menor variabilidade ( $r = 0.680$ ) o item 2 “*Senti a minha boca seca*” e o de maior variabilidade ( $r = 0.821$ ) o item 20 “*Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso*”.

No que concerne à escala de stress os valores correlacionais para os itens que não fazem parte da escala situam-se entre ( $r = 0.552$ ) no item 2 “*Senti a minha boca seca*” e o mais elevado o item 15 ( $r = 0.723$ ) “*Senti-me quase a entrar em pânico*”, ambos relacionados com a escala de ansiedade. É visível pelos sublinhados que todos os itens pertencentes à mesma escala, apresentam correlações ligeiramente superiores aos itens das restantes escalas, que neste caso particular se situam entre os ( $r = 0.779$ ) no item 6 “*Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações*” e ( $r = 0.864$ ) no item 12 “*Senti dificuldade em me relaxar*”.

**Tabela 20** - Correlação dos itens com as escalas de depressão, ansiedade e stress

	Itens	Depressão	Ansiedade	Stress
		r	r	r
1	Tive dificuldades em me acalmar	0.551	0.674	<b>0.787</b>
2	Senti a minha boca seca	0.474	<b>0.680</b>	0.552
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<b>0.803</b>	0.631	0.658
4	Senti dificuldades em respirar	0.492	<b>0.742</b>	0.558
5	Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<b>0.723</b>	0.543	0.562
6	Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0.595	0.566	<b>0.779</b>
7	Senti tremores (por ex., nas mãos)	0.506	<b>0.770</b>	0.637
8	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0.598	0.704	<b>0.824</b>
9	Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0.569	<b>0.727</b>	0.605
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<b>0.853</b>	0.604	0.623
11	Dei por mim a ficar agitado	0.643	0.726	<b>0.849</b>
12	Senti dificuldade em me relaxar	0.653	0.740	<b>0.864</b>
13	Senti-me desanimado e melancólico	<b>0.810</b>	0.617	0.728
14	Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0.630	0.649	<b>0.779</b>
15	Senti-me quase a entrar em pânico	0.628	<b>0.801</b>	0.723
16	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	<b>0.859</b>	0.615	0.625
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	<b>0.858</b>	0.591	0.608
18	Senti que por vezes estava sensível	0.656	0.644	<b>0.784</b>
19	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0.579	<b>0.806</b>	0.667
20	Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0.644	<b>0.821</b>	0.669
21	Senti que a vida não tinha sentido	<b>0.861</b>	0.603	0.606

Na matriz de correlação entre os diversos fatores da escala (tabela 21), verificamos que as correlações são positivas e significativas oscilando entre ( $r=0.728$ ) na relação Depressão vs. Ansiedade explicando cerca de 53% da sua variabilidade e ( $r=0.826$ ) na relação Ansiedade vs Stress com uma variabilidade de 68.2%.

**Tabela 21** - Matriz de Correlação de Pearson entre as escalas de depressão, ansiedade e stress

Subescalas	Depressão	Ansiedade
Ansiedade	0.728***	--
Stress	0.765***	0.826***

\*\*\*  $p>0,001$

**Parte IX - Inventário de acontecimentos de vida negativos** (Adaptado de Brás e Cruz, 2008).

Para o estudo dos acontecimentos de vida, utilizamos uma versão adaptada do Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAVN) de Brás & Cruz, 2008.

Este inventário tem por objetivo identificar e avaliar a frequência, o impacto e a severidade das experiências de carácter negativo, vividas pelos adolescentes e jovens adultos.

O instrumento inicial era composto por 7 categorias teóricas de AVN representadas no total por 25 itens: Separações de Pessoas Significativas, Negligência, Abuso Físico e Sexual, Abuso Psicológico, Ambiente Familiar Disfuncional, Condições de Vida Adversas e Problemas de Saúde.

A categoria *Separações de Pessoas Significativas* inclui as Separações Intermitentes (nem a presença, nem a ausência de pessoas significativas foram contínuas), as Separações Prolongadas (separações superiores a 3 meses) e as Separações Definitivas (separações por morte ou por abandono).

A categoria *Negligência* integra a Negligência Física (recusa ou ineficácia em satisfazer as necessidades de alimentação, vestuário, higiene, cuidados de saúde, etc.) e a Negligência Psicológica (recusa ou ineficácia em prestar atenção, carinho ou proteção adequadas).

A categoria *Abuso Físico/Sexual* contempla diferentes graus de severidade dos abusos físicos, nomeadamente Agressões Corporais Ligeiras (eg. palmadas), Agressões Corporais Moderadas (eg. murros, pontapés, ...) e Agressões Corporais Severas (capazes de provocar sequelas ou traumatismos), bem como episódios de Abuso Sexual (eg. observação forçada de cenas sexuais, estimulação contrariada dos órgãos sexuais e relações sexuais forçadas).

A categoria *Abuso Psicológico* abrange um conjunto de situações, como a Depreciação (ter sido alvo de insultos por parte de outros que visavam diminuir o seu valor), a Rejeição (ter sido vítima de resposta negativa, abandono ou frieza emocional, quando era esperado o oposto), a Humilhação (desvalorização e depreciação das características pessoais, normalmente em público), as Punições Desproporcionadas (castigos demasiado severos face à situação que comprometeram o bem-estar psicológico), as Exigências Desproporcionadas (ter sido alvo de expectativas demasiado elevadas e pressão psicológica) e as Ameaças Verbais ou Escritas à Integridade Física ou Psicológica.



A categoria *Ambiente Familiar Disfuncional* agrega os Conflitos entre os Familiares Próximos (cuidadores, irmãos), as Separações e/ou Ameaças de Separação dos Cuidadores e o Abuso de Substâncias (álcool ou drogas) por parte dos Cuidadores.

A categoria *Condições de Vida Adversas* contempla as Dificuldades Económicas, os Problemas Educacionais, a Mudança de Residência, a Mudança de Escola e a Habitação sem Condições.

A categoria *Problemas de Saúde* abarca os Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos (eg. depressão, perturbações de ansiedade) do Próprio e Problemas de Saúde Físicos e/ou Psicológicos entre os Familiares Próximos.

Na adaptação do inventário que realizámos, apenas foram mantidas as categorias teóricas: (1) separação de pessoas significativas, (2) negligência física ou psicológica, (3) abuso físico ou sexual, (4) abuso psicológico, (5) ambiente familiar disfuncional, (6) condições de vida adversas que engloba as dificuldades económicas e mudança de residência, e (7) problemas de saúde, que abarca os problemas de saúde físicos e psicológicos com o próprio, os problemas físicos e psicológicos com os familiares próximos, doença ou acidente grave com familiares próximos, doença ou acidente grave de amigo, morte de familiar, morte de amigo próximo e se terminou a relação com namorado(a).

Nesse sentido o instrumento inicial sofreu na sua estrutura alterações substanciais. Para cada categoria solicitava-se ao inquirido que assinalasse da lista apresentada, os acontecimentos que vivenciou durante o último ano e caracterizasse o tipo de impacto e ou consequência que os mesmos tiveram para si. Assim em cada item eram formuladas duas questões: a primeira do tipo dicotómico tinha em vista saber se existiu a ocorrência de um facto; em caso afirmativo, através de uma escala ordinal tipo Likert com cinco possibilidades de resposta de 1 a 5 em que (1) nenhum e (5) extremamente negativo, o inquirido caracterizava o impacto/ consequência dessa ocorrência.

Para a obtenção de um score por item, à questão dicotómica (frequência) foi atribuído o código zero (0) a quem respondeu não ter havido ocorrência de



acontecimento e um (1) a quem respondeu afirmativamente. Seguidamente calculou-se o produto da frequência pelo impacto, resultando daí uma nova classificação que oscila entre zero (0) e cinco (5) com a seguinte equivalência: 0 - Nenhum impacto/consequência; 1 - Negativo mas também positivo; 2 - Ligeiramente negativo; 3 - Moderadamente negativo; 4 - Bastante negativo; 5 - extremamente negativo

O *Índice de Severidade de AVN* corresponde à avaliação da intensidade da severidade dos acontecimentos experienciados, sendo obtido através do somatório de todos os itens (após se calcular o produto da Frequência pelo Impacto).

### **Estudo psicométrico do Inventário de acontecimentos de vida negativos (AVN) para o presente estudo**

Na tabela 22 apresentamos as estatísticas, as correlações obtidas entre cada item e o valor global e o valor de alfa de Cronbach. Os índices médios, oscilam entre 0.20 no item 3 "*Sofreu abuso físico e/ou sexual*" e 1.57 no item 9 "*Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos em familiares*" o que nos indica estarem bem centrados pois são todos inferiores à média esperada.

Quanto aos valores de alfa de Cronbach são classificados de bons pois variam entre 0.708 no item 1 "*Ocorreram separações de pessoas significativas*" e 0.737 no item 6 "*Teve dificuldades económicas*" O coeficiente de correlação item total corrigido indica-nos que o item que se apresenta mais problemático é o 13 "*Ocorreu morte de amigo próximo*" ( $r=0.228$ ) podendo não revelar-se por isso homogéneo face a outros itens, e a correlação máxima é obtida no item 1 com ( $r=0.472$ ).

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades "*split half*" notamos que os valores de alfa de cronbach se revelaram mais baixos, do que o alfa para a globalidade da escala (0.738) já que para a primeira metade se obteve um valor de 0.686 e para a segunda de 0.626, mas este índice como é sabido tem

tendência a produzir valores de fiabilidade mais baixos uma vez que tem em consideração um número mais reduzido de itens revelando por isso uma razoável consistência interna.

**Tabela 22** – Consistência Interna dos itens da escala de acontecimentos de vida negativos

Nº Item	Itens	Média	Dp	r/item total	$\alpha$ sem item
1	Ocorreram separações de pessoas significativas	1,25	1,83	0,472	0,708
2	Sofreu negligência física e ou/psicológica	0,65	1,44	0,461	0,713
3	Sofreu abuso físico e/ou sexual	0,20	,91	0,304	0,730
4	Ocorreu abuso psicológico	0,67	1,46	0,457	0,713
5	O ambiente familiar tornou-se disfuncional	0,74	1,52	0,400	0,718
6	Teve dificuldades económicas	1,44	1,87	0,241	0,737
7	Mudou de residência	0,74	1,25	0,274	0,731
8	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos	1,04	1,76	0,361	0,722
9	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos em familiares	1,57	1,86	0,431	0,713
10	Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo	1,30	1,90	0,405	0,717
11	Ocorreu doença ou acidente grave de um amigo	0,61	1,41	0,301	0,728
12	Ocorreu morte de familiar próximo	1,50	2,02	0,344	0,725
13	Ocorreu morte de amigo próximo	0,58	1,44	0,228	0,735
14	Terminou a relação com namorado/namorada	0,89	1,59	0,256	0,733
Coeficiente Split Half		Primeira metade		0.686	
		Segunda metade		0.626	
Coeficiente alpha Cronbach global					0.738

Uma vez que os valores correlacionais dos itens, eram todos superiores a 0.20, procedemos de seguida ao estudo da análise factorial da escala, sendo que o primeiro passo consistiu em analisar o resultado do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), uma medida que é representada por um índice, que avalia a adequação da análise factorial.

Trata-se de um teste estatístico que indica a proporção da variância dos dados que pode ser considerada comum a todas as variáveis, isto é, pode ser atribuída a um fator comum. Por outras palavras, é um procedimento que afere da qualidade das correlações entre as variáveis e nos permite determinar se podemos prosseguir com a análise factorial. Valores entre 0.5 e 1.0, indicam que a análise factorial é apropriada. Dado o resultado obtido (KMO=0.753) classificamo-lo de acordo com os critérios de Pestana e Gageiro (2005) de boa adequação. O teste de esfericidade Bartlett's por sua vez, testa a hipótese de que as variáveis não sejam correlacionadas na população. É baseado na distribuição

estatística de “chi quadrado” e testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz de identidade (cuja diagonal é 1,0 e todas as outras iguais a zero), isto é, que não há correlação entre as variáveis. No nosso estudo este teste não foi tido em consideração, uma vez que em grandes amostras leva à rejeição da hipótese nula.

No intuito de conhecermos as dimensões subjacentes a esta escala, realizámos com os 14 itens uma análise factorial de componentes principais, com rotação ortogonal de tipo varimax. A solução factorial final, permitiu a seleção de 4 fatores com raízes lactentes superiores a 1 que no seu conjunto explicam 53.59% da variância total (cf. tabela 23).

O **fator 1** designado por **negligência**, explica 17.10% da variância total e é constituído pelos itens 2, 3, 4, 5 e 8.

O **fator 2** possui os itens 9, 10 e 12, explica 13.33% da variância total, e foi designado por **ambiente familiar disfuncional**.

O **fator 3** explica 11.63% da variância total e foi designado por **separação/perdas** e no seu constructo entram os itens 1, 6, 7 e 14.

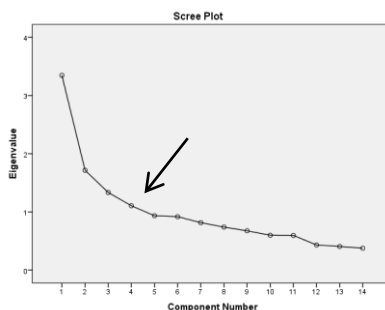
O **fator 4** explica 11.51% da variância total, é constituído pelos itens 11 e 13 e foi designado por **Problemas com os amigos**.

Entretanto, fomos verificar a proporção da variância de cada variável explicada pelos fatores que é designada por comunalidade. A comunalidade inicial é para todos os itens igual a 1 e após a extração classificamo-la de razoável já que oscila entre os 0.264 no item 6 e 0.777 no item 13. Numa perspectiva mais conservadora, seria aconselhável eliminar os itens 6, 7 e 8 por apresentarem comunalidades inferiores a 0.40 (Marôco 2008), mas decidimos mantê-los dada a importância dos mesmos na análise do seu constructo.

**Tabela 23 – Ordenações dos itens por fator e pesos fatoriais**

	Itens	Fatores				h <sup>2</sup>
		1	2	3	4	
1	Ocorreram separações de pessoas significativas			0.675		0,562
2	Sofreu negligência física e ou/psicológica	0.772				0,629
3	Sofreu abuso físico e/ou sexual	0.667				0,463
4	Ocorreu abuso psicológico	0.788				0,648
5	O ambiente familiar tornou-se disfuncional	0.578				0,448
6	Teve dificuldades económicas			0.457		0,264
7	Mudou de residência			0.449		0,278
8	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos	0.421				0,270
9	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos em familiares		0.854			0,631
10	Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo		0.752			0,746
11	Ocorreu doença ou acidente grave de um amigo				0.857	0,769
12	Ocorreu morte de familiar próximo		0.637			0,504
13	Ocorreu morte de amigo próximo				0.878	0,777
14	Terminou a relação com namorado/namorada			0.716		0,515
FACTORES		Eigenvalue	% Variância	% Variância acumulada		
Fator 1 - Negligência		2.395	17.107	17.108		
Fator 2 - Ambiente familiar disfuncional		1.867	13.333	30.441		
Fator 3 - Separação/perda		1.629	11.638	42.080		
Fator 4 - Problemas com os amigos		1.612	11.517	53.597		

O gráfico de variâncias designado por scree plots, confirma o número de componentes a reter conforme ponto de inflexão da curva.



A tabela 24, configura as estatísticas e a consistência interna dos itens por subescala. Para a negligência o valor de correlação do item total corrigido varia entre 0,330 no item 8 “*Ocorreram problemas de saúde físicos e/ou psicológicos*” sendo também este item que exprime menor variabilidade (11,2%) e ( $r=0.598$ ) no item 4 “*Ocorreu abuso psicológico*” com uma percentagem de variância explicada de 43.8%. Os valores de alfa de Cronbach podem classificar-se de razoáveis. No fator 2 a correlação do item total corrigido tem a sua expressão máxima no item 10 “*Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo*” com uma variabilidade de 36.0% e os valores de alfa de Cronbach também se podem classificar de razoáveis.

Quanto ao fator 3, separação/perda, é de todos o que apresenta pior consistência interna, talvez resultante da presença dos itens 6 e 7 que apresentam baixas comunalidades. No fator 4 a determinação do alfa de cronbach neste fator não se torna possível dado apresentar apenas dois itens.

**Tabela 24** – Consistência Interna dos itens por subescala dos acontecimentos de vida negativos

Item		Média	dp	R/item	R2	Alpha
<b>Fator 1 - Negligencia</b>						
2	Sofreu negligência física e ou/psicológica	0,65	1,44	0.582	0.392	0.588
3	Sofreu abuso físico e/ou sexual	0,20	0,91	0.384	0.172	0.679
4	Ocorreu abuso psicológico	0,67	1,46	0.598	0.413	0.580
5	O ambiente familiar tornou-se disfuncional	0,74	1,52	0.434	0.203	0.654
8	Ocorreram problemas de saúde físicos e/ou psicológicos	1,04	1,76	0.330	0.112	0.714
<b>Fator 2 - Ambiente familiar disfuncional</b>						
9	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos em familiares	1.57	1.86	0.452	0.263	0.607
10	Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo	1.30	1.90	0.594	0.360	0.415
12	Ocorreu morte de familiar próximo	1.50	2.02	0.403	0.193	0.677
<b>Fator 3 - Separação/perda</b>						
1	Ocorreram separações de pessoas significativas	1.25	1.83	0.386	0.165	0.260
6	Teve dificuldades económicas	1.44	1.87	0.205	0.045	0.466
7	Mudou de residência	0.74	1.25	0.221	0.072	0.438
14	Terminou a relação com namorado/namorada	0.89	1.59	0.274	0.095	0.388
<b>Fator 4 – Problemas com os amigos</b>						
11	Ocorreu doença ou acidente grave de um amigo	0.614	1.43	0.585	0.343	Não aplicável
13	Ocorreu morte de amigo próximo	0.58	1.44	0.585	0.343	Não aplicável

A tabela 25, sintetiza os valores de alfa de Cronbach por subescala obtidos no nosso estudo. Denota-se que é o fator 4 que apresenta uma melhor consistência interna, apesar deste fator apenas ter dois itens. Em oposição o fator 3 é o que revela um alfa de Cronbach mais baixo, no limiar do admissível.

**Tabela 25** – Valores de alfa de Cronbach para as subescalas dos acontecimentos de vida negativos.

Sub scales	Nº itens	Alfa de Cronbach Versão portuguesa
<b>Fator 1 - Negligência</b>	5	0.695
<b>Fator 2 - Ambiente familiar disfuncional</b>	3	0.668
<b>Fator 3 - Separação/perda</b>	4	0.466
<b>Fator 4 – Problemas com os amigos</b>	2	0.738

Quanto à validade convergente/ discriminante dos itens notamos (cf. tabela 26) que todos os itens estabelecem com as escalas a que pertencem correlações positivas e altamente significativas ( $p = <0,00$ ) com valores superiores a 0.40 e a oscilarem entre 0.30 e 0.028 com as escalas a que não pertencem o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante.

Na **subescala negligência**, os valores correlacionais oscilam entre ( $r = 0,199$ ) no item 6 “*Teve dificuldades económicas*” e ( $r = 0,398$ ) no item 1 “*Ocorreram separações de pessoas significativas*” pertencente à subescala separação/perda. Por outro lado, as correlações dos itens com a escala a que pertencem registam o menor valor correlacional ( $r = 0.539$ ) no item 3 “*Sofreu abuso físico e/ou sexual*” e o maior ( $r = 0.774$ ) no item 4 “*Ocorreu abuso psicológico*”

Na **subescala ambiente familiar disfuncional**, os valores correlacionais com a escala a que não pertencem oscilam entre os ( $r = 0.118$ ) no item 3 pertencente à subescala negligência e o ( $r = 0.265$ ) no item 1 da subescala da separação/perda. Nos itens pertencentes a esta subescala, o item de menor valor correlacional ( $r = 0.751$ ) é o 12 “*Ocorreu morte de familiar próximo*” e o de maior variabilidade ( $r = 0.833$ ) o item 10 “*Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo*”.

Para a **separação/perda**, os valores correlacionais que não fazem parte da escala, situam-se entre ( $r = 0.100$ ) no item 13 “*Ocorreu morte de amigo próximo*” e o mais elevado no item 5 ( $r = 0.353$ ) “*O ambiente familiar tornou-se disfuncional*” o primeiro relacionado com a subescala satisfação com os amigos e o segundo com a negligência. Os itens da subescala apresentam valores correlacionais superiores a 0.50.

É na subescala **Problemas com os amigos** que se denotam correlações ínfimas em todos os itens.

**Tabela 26** – validade convergente dos itens do inventário de acontecimentos de vida negativos

		Negligência	Ambiente familiar	Sep. perda	Satisf. Amigos	AVN Total
1	Ocorreram separações de pessoas significativas	0.398	0.265	<b>0.731</b>	0.131	0.598
2	Sofreu negligência física e ou/psicológica	<b>0.761</b>	0.187	0.314	0.099	0.563
3	Sofreu abuso físico e/ou sexual	<b>0.539</b>	0.118	0.172	0.098	0.380
4	Ocorreu abuso psicológico	<b>0.774</b>	0.166	0.321	0.090	0.560
5	O ambiente familiar tornou-se disfuncional	<b>0.670</b>	0.174	0.353	0.028	0.515
6	Teve dificuldades económicas	0.199	0.162	<b>0.621</b>	0.036	0.401
7	Mudou de residência	0.259	0.121	<b>0.501</b>	0.095	0.379
8	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos	<b>0.634</b>	0.229	0.248	0.104	0.499
9	Ocorreram problemas de saúde físicos e /ou psicológicos em familiares	0.305	<b>0.751</b>	0.235	0.116	0.566
10	Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo	0.189	<b>0.833</b>	0.178	0.202	0.547
11	Ocorreu doença ou acidente grave de um amigo	0.126	0.242	0.133	<b>0.887</b>	0.417
12	Ocorreu morte de familiar próximo	0.129	<b>0.744</b>	0.237	0.194	0.503
13	Ocorreu morte de amigo próximo	0.091	0.153	0.100	<b>0.893</b>	0.353
14	Terminou a relação com namorado/namorada	0.195	0.130	<b>0.612</b>	0.070	0.391

Concluimos o estudo desta escala fazendo alusão à matriz de correlação de Pearson estabelecida com os fatores da escala. Verificamos (cf. tabela 27) que as correlações são positivas e significativas oscilando entre o fraco ( $r=0.122$ ) na relação problemas com os amigos vs negligência e ( $r=0.131$ ) problemas com amigos vs separação/perda e o moderado entre negligência vs separação/perdas. Com o valor global da escala as correlações são mais elevadas explicando cerca de 19% ( $r=0.432$ ) da sua variabilidade na relação com problemas com os amigos e ( $r=0.750$ ) com a negligência com uma percentagem de variância explicada de 56,25%.

**Tabela 27** - Matriz de Correlação de Pearson entre os fatores da escala AVNs

Subescalas	Negligência	Amb. familiar	Separ/perdas	prob. amigos
Ambiente familiar	0.265***	--		
Separação/perdas	0.423***	0.280***	--	
Problemas com os amigos	0.122***	0.221***	0.131***	--
AVN total	0.750***	0.694***	0.717***	0.432

\*\*\*  $p > 0,001$

## Parte X - Escala de risco de suicídio. - *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Versão Portuguesa 5.0.0 Guterres, T.; Levy, P. Amorim, P.; 1999)

O MINI (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) é uma entrevista diagnóstica padronizada breve com uma duração entre 15 a 30 minutos que



contém 19 módulos, que exploram 17 perturbações (diagnósticos independentes) segundo os critérios do DSM-IV e CID-10.

Possibilita averiguar a presença de episódio depressivo, distímia, risco de suicídio, episódio hipo/maníaco, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de stress pós-traumático, dependência/abuso de álcool, dependência/abuso de substâncias, síndrome psicótica, anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de ansiedade generalizada, e transtorno da personalidade anti-social. (Amorim, 2000).

Está estruturado com questões dicotómicas o que facilita a sua aplicação e em todas as seções diagnósticas, exceto na seção transtornos psicóticos e risco de suicídio, há uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios que permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas. Ainda como característica que o torna prático, os algoritmos são integrados na estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista

Na sua utilização recomenda-se que se dê prioridade à exploração de perturbações atuais.

Os estudos de confiabilidade e validade do instrumento revelaram que o coeficiente “*kappa*” para a avaliação da concordância inter-avaliadores e as correlações do teste-reteste foram todas superiores a 0,75, exceto para episódio maníaco atual (0,35). O MINI revelou uma sensibilidade e uma especificidade superior a 0,70.

Segundo os autores, o MINI pode ser utilizado para a seleção rápida de populações homogéneas em ensaios clínicos e estudos epidemiológicos ou ainda para a avaliação breve de critérios diagnósticos em estudos longitudinais (Amorim, 2000).

Para o presente estudo apenas utilizamos o módulo relacionado com o risco de suicídio. É constituída por 6 questões sendo que as cinco primeiras se referem a aspetos ocorridos durante o último mês e a última ao longo da vida conforme se segue:



**Durante o último mês:**

- 1 Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?
- 2 Quis fazer mal a si próprio(a)?
- 3 Pensou em suicidar-se?
- 4 Pensou numa maneira de se suicidar?
- 5 Tentou o suicídio?

**Ao Longo da Vida:**

- 6 Já fez alguma tentativa de suicídio?

É solicitado aos inquiridos que respondam às questões formuladas e de acordo com as respostas obtidas é utilizado o seguinte critério de diagnóstico:

Cotação:

- 1 ou 2 ou 6 = Risco ligeiro
- 3 ou (2+6) = Risco médio
- 4 ou 5 ou (3+6) = Risco Elevado

**Parte XI - Questionário de Ideação Suicida**

O Questionário de Ideação Suicida (QIS), uma versão do *Suicide Ideation Questionnaire*, proposto por Reynolds em 1988, traduzido e adaptado para a população portuguesa por Ferreira & Castela (1999), pretende avaliar um conjunto de pensamentos suicidas com diferentes níveis de gravidade, em que alguns apenas se reportam a pensamentos sobre a morte, mas outros manifestam planos e desejos de morrer. A versão original resultou de entrevistas com adolescentes que expressavam sintomatologia depressiva e alguns com tentativas de suicídio.

É um instrumento de autopreenchimento, constituído por 30 itens, organizados numa escala ordinal tipo Likert com sete (7) alternativas de resposta, de 0 (zero) a 6 (seis), em que zero corresponde a «Nunca pensei nisto» e seis a

«Quase todos os dias». A pontuação total pode oscilar entre 0 e 180, numa direção patológica, sendo que uma pontuação máxima de 180 indicia cognições suicidas ocorrendo quase todos os dias. Reynolds, defende que uma pontuação igual ou superior a 41 pontos, pode ser indicativo de significativa psicopatologia e de potencial risco de suicídio (Mazza & Reynolds, 2001). Contudo, outros autores (Pinto, Whisman, & McCoy, 1997) são de opinião que é útil clinicamente um ponto de corte inferior, embora não o expressem.

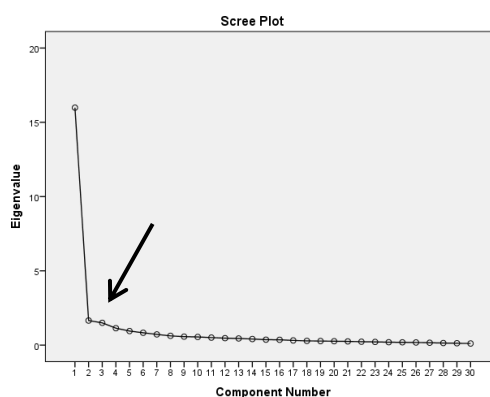
A adaptação e validação para a população portuguesa do questionário foi realizada através de dois estudos. Os estudos psicométricos a nível da consistência interna, revelaram um coeficiente alfa de Cronbach de 0.96 e uma correlação teste-reteste com intervalo de um mês entre as duas aplicações de 0.76, sendo estes resultados ligeiramente superiores aos obtidos pelo autor original. Os valores de correlação item- total variam entre 0.21 e 0.86, no entanto, a maioria das correlações situam-se entre 0.70 e 0.80. A validade convergente realizada com o Inventário de Depressão de Beck apresentou uma correlação positiva significativa (0.59,  $p < 0.001$ ) e negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg (-0.45,  $p < 0.001$ ).

Os autores apontam como vantagens deste instrumento o facto de ter características psicométricas bastante satisfatórias, para além de ser de administração rápida e fácil, não ultrapassando em média os 10 minutos a preencher. No espectro oposto, apontam como limites do instrumento, o facto de ser um questionário de autoavaliação, os respondentes poderem escolher as respostas que consideram ser socialmente mais desejáveis, o que pode levá-las a omitirem a existência de pensamentos ou cognições suicidas, dada a conotação negativa que o suicídio encerra.

Em geral, os estudos realizados com o questionário de ideação suicida é normalmente utilizado em amostras de adolescentes e jovens adultos, o que lhe confere um uso principalmente em contexto escolar (Ferreira & Castela, 1999).

## **Estudo psicométrico do questionário da ideação suicida para o presente estudo**

Apesar de inicialmente termos procedido ao estudo fatorial deste questionário tendo-se obtido uma matriz fatorial com quatro fatores, que explicavam 67.6% de variância, decidimos utilizá-la como unifatorial dado que o gráfico de scree plot, que se apresenta, era indicativo da retenção de apenas um fator o que está em consonância com a versão portuguesa utilizada neste estudo.



Analisando os resultados da fiabilidade, que se apresentam na tabela 28, verificamos que os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0.961 e 0.966, este último no item 5 “*Pensei em pessoas a morrerem*”. Os coeficientes de correlação item total corrigido variam entre 0.396 no item 5 que se apresenta como o mais problemático e 0.830, no item 16 “*Desejei ter coragem para me matar*”, mas ligeiramente mais elevados aos obtidos no questionário validade para a população portuguesa onde oscilaram entre 0.21 e 0.86. No entanto em ambos os estudos a maioria das correlações situam-se entre .70 e .80. Os valores médios e respectivos desvios padrões dos diversos itens, permitem-nos dizer que se encontram bem centrados.

Quanto ao coeficiente de split half, os valores de alfa de Cronbach revelaram-se mais fracos do que o alfa para a globalidade da escala (0.964) já que para a primeira metade o valor de alfa é de 0.920 e para a segunda de 0.944.

No que respeita à validade convergente/ discriminante dos itens, observa-se que todos os itens estabelecem correlações positivas e altamente significativas ( $p = < 0,000$ ) com valores superiores a 0.40, para a totalidade da escala, o que nos indica uma boa validade convergente/discriminante.

**Tabela 28** – Valores correlacionais e de alfa de cronbach para a Ideação Suicida

Nº Item	Itens	Média	dp	R/item	Alpha s/item	Quis r
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.	0.73	1.153	0.709	0.962	0.737
2	Pensei suicidar-me.	0.34	0.739	0.783	0.962	0.797
3	Pensei na maneira como me suicidaria.	0.31	0.727	0.742	0.962	0.758
4	Pensei quando me suicidaria.	0.19	0.587	0.706	0.963	0.721
5	Pensei em pessoas a morrerem.	1.01	1.423	0.394	0.966	0.453
6	Pensei na morte.	1.53	1.561	0.509	0.965	0.565
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio.	0.24	0.712	0.714	0.962	0.731
8	Pensei em escrever um testamento.	0.19	0.700	0.451	0.964	0.478
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0.07	0.353	0.503	0.964	0.516
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0.61	1.126	0.738	0.962	0.763
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.	0.71	1.212	0.748	0.962	0.774
12	Desejei estar morto(a).	0.55	1.071	0.827	0.961	0.843
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0.49	1.054	0.806	0.961	0.823
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0.41	0.959	0.789	0.962	0.806
15	Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0.44	0.978	0.786	0.962	0.804
16	Desejei ter coragem para me matar.	0.35	0.934	0.830	0.961	0.844
17	Desejei nunca ter nascido.	0.55	1.123	0.734	0.962	0.759
18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0.24	0.742	0.788	0.962	0.801
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0.53	0.911	0.623	0.963	0.650
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.	0.52	1.054	0.737	0.962	0.760
21	Pensei em ter um acidente grave.	0.55	1.087	0.627	0.963	0.659
22	Pensei que a vida não valia a pena.	0.67	1.150	0.794	0.961	0.815
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0.45	0.958	0.798	0.961	0.815
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0.22	0.759	0.647	0.963	0.669
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0.30	0.815	0.658	0.962	0.681
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0.35	0.884	0.705	0.962	0.726
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me	0.29	0.818	0.508	0.963	0.537
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0.51	1.003	0.751	0.962	0.772
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia	0.26	0.811	0.757	0.962	0.774
30	Desejei ter o direito de me matar.	0.24	0.798	0.710	0.962	0.729
Coeficiente Split-half de Cronbach		Primeira metade		0.920		
		Segunda metade		0.944		
Coeficiente alpha Cronbach global		0.964				

## 1.6 PROCEDIMENTOS DE COLHEITA E ANÁLISE DOS DADOS

### 1.6.1 Procedimentos éticos e formais

No decurso de todo o processo de investigação, procuramos conduzir a nossa atuação por uma rigorosa conduta ética, pelo que o primeiro passo foi solicitar autorização formal para aplicação dos questionários ao Presidente do

Instituto Politécnico em causa. Uma vez concedida, endereçámos o mesmo pedido aos presidentes dos conselhos diretivos de todas as unidades orgânicas que integram o Instituto onde corporizámos os objetivos do estudo, as razões científicas inerentes ao mesmo e as implicações práticas que daí poderiam advir. Obtidas as respectivas autorizações, o momento seguinte consistiu em solicitar aos serviços de informática da Escola que disponibilizassem através da caixa de “correio electrónico” de todos os estudantes a plataforma com o instrumento de colheita de dados para que desta forma todos os estudantes pudessem responder e participar na investigação.

Garantimos a completa confidencialidade e informamos que os resultados seriam facultados a todos aqueles que os solicitassem. Garantimos ainda que todos os dados recolhidos apenas seriam utilizados no âmbito do estudo, que a participação de cada um era voluntária podendo desistir em qualquer momento do preenchimento do instrumento de recolha de dados e que pela sua participação não usufruiriam de qualquer benefício ou malefício.

O questionário manteve-se “Online” de Outubro de 2011 a Maio de 2012, altura a que terminamos a recolha de informação.

### **1.6.2 Procedimentos estatísticos**

Efetuada a recolha de dados, procedemos a uma primeira análise de todos os questionários, no intuito de eliminarmos os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se seguidamente processado a sua codificação e tabulação de modo a prepararmos o tratamento estatístico. Na análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica.

Com a estatística descritiva, determinámos frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias e medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão, para além de medidas de forma, como assimetria e curtose que foram observadas em todas as variáveis de natureza quantitativa.

Em análises bivariada recorremos aos resíduos ajustados, muitas vezes em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das sub - amostras não permitia o uso do referido teste. Como referem Pestana & Gageiro (2003), o uso dos valores residuais em variáveis nominais torna-se mais potente que o teste de qui quadrado. A interpretação dos resíduos ajustados necessita porém de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis devendo os resultados obtidos serem interpretados de acordo com Pestana e Gageiro, (2005), do seguinte modo:

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

No que respeita à **estatística inferencial**, fizemos uso da estatística paramétrica, e de estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populações (Marôco, 2011). Face a estes pressupostos para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis, foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (Marôco, 2011). Contudo, este autor acrescenta que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas (Marôco, 2011), o que é corroborado por Pestana & Gageiro, (2007) quando refere que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de

liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

Assim, apenas recorremos à estatística não paramétrica quando as condições de aplicação dos testes paramétricos não se mostravam viáveis (Marôco, 2011) e quando os grupos em estudo não se mostravam homogéneos, isto é, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor era superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar  $H_0$  é muito menor.

Quanto à estatística paramétrica e não paramétrica usamos:

**Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais;

**Análise de variância a um fator (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2005);

**Regressão** é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas -  $X_s$ ) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é, permite-nos determinar quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente.

Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efetuamos uma **regressão linear simples**. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efetuamos a **regressão múltipla**. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão.

Em relação às correlações de *Pearson* que este tipo de teste gera, utilizamos os valores de *r* que, por convenção, Pestana e Gageiro (2005,) sugerem:

$r < 0.2$  – associação muito baixa

$0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa

$0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada

$0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta

$0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

Acresce referir que o **coeficiente de correlação de Pearson** é uma medida de associação linear usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos duma variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido.

Salienta-se ainda que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto *R* como  $R^2$  não exprimem relações de causalidade. A violação de



normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras;

**Teste de qui quadrado ( $X^2$ )** – foi utilizado para o estudo de relações entre variáveis nominais. Aplica-se a uma amostra em que a variável nominal tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as mesmas. Quando há relação entre as variáveis, e como se referiu anteriormente os resíduos ajustados estandardizados, permitem localizar onde se situam as diferenças.

**O coeficiente Alfa de Cronbach** – foi usado para o estudo da consistência interna dos diferentes itens que constituem as escalas ou inventários utilizados. Mede a correlação entre respostas num questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos inquiridos. Trata-se de uma correlação média entre perguntas. Dado que todos os itens de um questionário utilizam a mesma escala de medição, o coeficiente  $\alpha$  é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador.

Pestana & Gageiro (2005) apresentam a seguinte classificação, quanto à validação das escalas/questionários:

- Alfa de Cronbach  $< 0,60 \rightarrow$  inadmissível
- $0,60 < \text{alfa de Cronbach} < 0,70 \rightarrow$  fraca
- $0,70 < \text{alfa de Cronbach} < 0,80 \rightarrow$  razoável
- $0,80 < \text{alfa de Cronbach} < 0,90 \rightarrow$  boa
- $0,90 > \text{alfa de Cronbach} \rightarrow$  muito boa

Para a análise inferencial utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. – diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados efetuou-se com o recurso de tabelas e gráficos, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se nas mesmas o local, a data e a fonte, uma vez que todos os dados foram colhidos em corte transversal. Na descrição e análise dos dados procuramos seguir a ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 21.0 (2013) para Windows.

Acresce referir que no decurso do tratamento estatístico em algumas das variáveis em estudo, encontramos não respostas (“missings”) que nunca atingiram os 20.0%, valor limite recomendado por Pestana & Gageiro (2007) para se proceder a análise específica, pelo que não procedemos ao seu tratamento uma vez que tais percentagens, dada a dimensão da amostra não enviesam os resultados finais pondo em causa toda a validade do estudo.

Feitas estas considerações metodológicas, iniciamos no capítulo seguinte a apresentação e análise dos resultados.

## **2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Neste capítulo, far-se-á a apresentação e análise descritiva dos dados recolhidos. Procuraremos num primeiro momento descrever aspetos gerais da amostra relacionados com a caracterização académica, comportamentos aditivos, nomeadamente o consumo de tabaco, álcool, drogas e consumo de medicamentos, aspetos clínicos relacionados com problemas de saúde/doença mental dos estudantes e/ou familiares e terminamos com o estudo das variáveis psicossociais como o autoconceito, vínculos afetivos (padrões de vinculação), acontecimentos de vida marcantes, suporte social/familiar e ainda das variáveis da esfera suicidária, particularmente a ideação suicida e a sua relação com o risco de suicídio. No segundo momento efetuámos a análise inferencial, procurando assim dar resposta às questões e objetivos formulados.

### **2.1 ANÁLISE DESCRITIVA**

#### **2.1.1 Caracterização Académica**

##### **Unidade orgânica/escola**

Conforme referimos no capítulo da metodologia, o estudo foi realizado nas cinco unidades orgânicas do Instituto Politécnico de Viseu. A tabela 29 permite constatar que 40,2% dos estudantes que participaram no estudo pertencem à Escola Superior de Tecnologia e Gestão; 23,6% à Escola Superior de Saúde; 14,0% à Escola Superior Agrária; 12,8% à Escola Superior de Educação e por último os alunos da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego com 9,3%.

## **Ano de curso**

A tabela 29 mostra que a maior percentagem de estudantes (33.5%) frequenta o 1º ano de licenciatura, seguindo-se os estudantes que frequentam o 3º com 31.2% .Os que frequentam o 4º ano com apenas 5,4%.

## **Trabalhadores Estudantes**

Cerca de 7 em cada 10 estudantes (68,4%) dedica-se exclusivamente aos estudos, não tendo por isso qualquer atividade laboral enquanto 31,6% referem ser trabalhadores estudantes. Destes resultados destaca-se o fato de existir um percentual mais elevado de rapazes (42,0%) quando comparado com as raparigas (25,9%) a conciliar os estudos com o trabalho (emprego), sendo as diferenças significativas ( $X^2 = 29,259$ ; sig = 0,000).

## **Número de reprovações**

É significativo o percentual (41,3%) de estudantes que já reprovou alguma vez, sendo que a maioria (52,5%) são do sexo masculino. A ocorrência de reprovações verifica-se sobretudo no primeiro ano da licenciatura com 61,7% enquanto no 2º ano e no 3º ano as percentagens são de 28,3% e 10,0%. Respectivamente. Mais uma vez verificamos a existência de significância estatística ( $X^2 = 30,111$ ; p= 0,000)

## **Mudança de Curso**

Da totalidade dos inquiridos, 15,1% refere que já mudou de curso sendo que a maior percentagem (18,2%) ocorreu entre os rapazes. Entre os que mudaram de curso 88,8% fizeram-no por uma vez, e 6,8% duas vezes, mas há todavia 4,3% que já mudaram de curso três ou mais vezes.

## **Frequência do Curso Pretendido**

Quanto à frequência do curso pretendido, 88,2% dos inquiridos admitem frequentarem a licenciatura desejada, ao contrário dos 11,8% que frequentam o curso que não ambicionaram. Na relação entre o género e a frequência do curso pretendido encontramos significância estatística ( $\chi^2 = 5,460$ ;  $p = 0,019$ ), sendo mais frequente os rapazes afirmarem que frequentam o curso pretendido.

## **Expectativas com o Curso**

Questionados os estudantes se o curso frequentado corresponde às suas expectativas, a maioria (77,2%) afirmaram que sim e dos que referem que o curso não corresponde às expectativas (22,8%), o percentual encontrado distribui-se de forma idêntica entre ambos os sexos, não se configurando significâncias estatísticas ( $\chi^2 = 1,690$ ;  $p = 0,194$ ).

## **Desempenho académico**

Quanto ao desempenho académico menos de 1% dos estudantes admite ter um desempenho excelente e 9,4% muito bom, sendo que os maiores percentuais 45,6% e 36,7% são encontrados entre os que referem ter um bom ou suficiente desempenho académico, sendo mais elevados nas raparigas (49,9%) para o primeiro caso e nos rapazes (38,0%) no segundo. Entre as variáveis encontramos significância estatística ( $\chi^2 = 32,805$   $p = 0,000$ ).

## **Relacionamento com Professores**

Questionamos ainda os estudantes acerca do seu relacionamento com os professores, colegas e com o pessoal não docente. Os resultados indicam que a quase totalidade dos estudantes estabelecem um bom relacionamento com professores (95,6%), colegas (96,8%) e pessoal não docente (94,9%).

**Tabela 29 - Caracterização académica da amostra**

Variáveis	Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
		N (379)	% (35.3)	N (695)	% (64.7)	N (1074)	% (100.0)	Masc.	Fem.
<b>Escola</b>									
ESAV		36	9,5	114	16,4	150	14,0	- 3,1	3,1
ESEV		29	7,7	109	15,7	138	12,8	- 3,8	3,8
ESSV		49	12,9	205	29,5	254	23,6	- 6,1	6,1
ESTGL		40	10,6	60	8,6	100	9,3	1,0	- 1,0
ESTGV		225	59,4	207	29,8	432	40,2	9,4	- 9,4
<b>Ano de Curso</b>									
1º Ano		137	36,1	223	32,1	360	33,5	1,3	- 1,3
2º Ano		115	30,3	206	29,6	321	29,9	0,2	- 0,2
3º Ano		118	31,1	217	31,2	335	31,2	0,0	0,0
4º Ano		9	2,4	49	7,1	58	5,4	- 3,2	3,2
<b>Trabalhador Estudante</b>									
Sim		159	42,0	180	25,9	339	31,6	5,4	- 5,4
Não		220	58,8	515	74,1	735	68,4	- 5,4	5,4
<b>Reprovações</b>									
Sim		199	52,5	245	35,3	444	41,3	5,5	- 5,5
Não		180	47,5	450	64,7	630	58,7	- 5,5	5,5
<b>Nº de Reprovações</b>									
1		93	53,4	160	67,8	253	61,7	- 3,0	3,0
2		57	32,8	59	25,0	116	28,3	1,7	- 1,7
>=3		24	13,8	17	7,2	41	10,0	2,2	2,2
<b>Total</b>		<b>174</b>	<b>100,0</b>	<b>236</b>	<b>100,0</b>	<b>410</b>	<b>100,0</b>		
<b>Mudança de Curso</b>									
Sim		69	18,2	93	13,4	162	15,1	2,1	- 2,1
Não		310	81,8	602	86,6	912	84,9	- 2,1	2,1
<b>Nº de Mudança de Curso</b>									
1		57	82,6	86	93,5	143	88,8	- 2,2	2,2
2		7	10,1	4	4,3	11	6,8	1,4	- 1,4
3		5	7,2	2	2,2	7	4,3	1,6	- 1,6
<b>Total</b>		<b>69</b>	<b>100,0</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>	<b>161</b>	<b>100,0</b>		
<b>Freq. Curso Pretendido</b>									
Sim		346	91,3	601	86,5	947	88,2	2,3	- 2,3
Não		33	8,7	94	13,5	127	11,8	- 2,3	2,3
<b>Cor. espectativas</b>									
Sim		284	74,9	545	78,4	829	77,2	-1,3	1,3
Não		95	25,1	150	21,6	245	22,8	1,3	-1,3
<b>Desempenho académico</b>									
Excelente		6	1,6	4	0,6	10	0,9	1,6	-1,6
Muito Bom		42	11,1	59	8,5	101	9,4	1,4	-1,4
Bom		143	13,3	347	49,9	490	45,6	-3,8	3,8
Suficiente		144	38,0	250	36,0	394	36,7	0,7	-0,7
Insuficiente		33	8,7	33	4,7	66	6,1	2,6	-2,6
Mau		11	2,9	2	0,3	13	1,2	3,7	-3,7
<b>Rel. Professores</b>									
Sim		354	93,4	673	96,8	1027	95,6	- 2,6	2,6
Não		25	6,6	22	3,2	47	4,4	2,6	- 2,6
<b>Rel.Colegas</b>									
Sim		366	96,6	674	97,0	1040	96,8	- 0,4	0,4
Não		13	3,4	21	3,0	34	3,2	0,4	- 0,4
<b>Rel Pessoal não Docente</b>									
Sim		345	91,0	674	97,0	1019	94,9	- 4,2	4,2
Não		34	9,0	21	3,0	55	5,1	4,2	- 4,2

Como síntese aos resultados verificamos que:

A maior percentagem de estudantes (40.2%) que participaram no estudo pertence à Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu. A maioria (88.2%) frequenta o curso pretendido e (77.2 %) referem estar satisfeitos com o mesmo e situam o seu desempenho académico entre o patamar do suficiente e do bom.

Apenas 41.3% dos estudantes admite já ter reprovado alguma vez e um nº muito expressivo de estudantes (84.9%) diz nunca ter mudado de curso. A quase totalidade dos estudantes refere boas relações interpessoais com professores, colegas e pessoal não docente.

## 2.1.2 Comportamentos aditivos

### Hábitos tabágicos

Iniciamos o estudo dos comportamentos aditivos fazendo referência aos hábitos tabágicos (cf. tabela 30) verificamos que cerca de 8 em cada 10 estudantes não fuma e dos estudantes que admitem o consumo de tabaco, 29,6% são rapazes e 20,0% raparigas, com diferenças significativas entre os grupos ( $\chi^2=12.494$ ;  $p=0.000$ ). Apuramos ainda que o tempo médio dos consumos é de 7.22 anos ( $\pm 5.31$  dp). Para ambos os sexos o tempo mínimo de consumo é de 1 ano mas o máximo é de 30 anos para os rapazes e de 20 para as raparigas a que correspondem médias de 7.54 anos e 6.96 anos respectivamente.

Dada a amplitude encontrada que se cifra nos 29 anos, para uma melhor visualização do tempo de consumo, efetuamos o seu agrupamento em classes. Os resultados insertos na tabela 30 indicam que 31,1% dos participantes têm um tempo de consumo a oscilar entre os 6 e os 10 anos, seguido dos que consomem há menos de 3 anos (29,1%).

Quanto ao número de cigarros fumados por dia, registamos que 32,7% fuma entre 8 a 10 cigarros com maior incidência nos rapazes, e 25,3% menos de 7 cigarros por dia com percentual mais elevado (28.3%) nas raparigas. Não se regista uma relação estatística entre o número de cigarros fumados e o sexo ( $\chi^2=2.135$ ;  $p=0.545$ ). Acresce referir que 13,54% dos estudantes não fez referência ao número de cigarros fumados.

**Tabela 30** - Hábitos Tabágicos, tempo de consumo e nº de cigarros fumados por dia

Variáveis	Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Mas.	Fem.
<b>Hábitos tabágicos</b>									
Não		267	70.4	556	80.0	823	76.6	-3.5	3.5
Sim		112	29.6	139	20.0	251	23.4	3.5	-3.5
<b>Total</b>		<b>379</b>	<b>100.0</b>	<b>695</b>	<b>100.0</b>	<b>1074</b>	<b>100.0</b>		
<b>Tempo de consumo</b>									
<= 3 anos		37	33.0	36	25.9	73	29.1	1.2	-1.2
4 -5 anos		19	17.0	31	22.3	50	19.9	-1.1	1.1
6 - 10 anos		27	24.1	51	36.7	78	31.1	-2.1	2.1
>= 11 anos		29	25.9	21	15.1	50	19.9	2.1	-2.1
<b>Total</b>		<b>112</b>	<b>100.00</b>	<b>139</b>	<b>100.0</b>	<b>251</b>	<b>100.0</b>		
<b>Nº cigarros fumados dia</b>									
<= 7 cigarros		21	21.6	34	28.3	55	25.3	21	21.6
8 -10 cigarros		36	37.1	35	29.2	71	32.7	36	37.1
11 - 15 cigarros		18	18.6	21	17.5	39	18.0	18	18.6
>= 16 cigarros		22	22.7	30	25.0	52	24.0	22	22.7
<b>Total</b>		<b>97</b>	<b>100.0</b>	<b>120</b>	<b>100.0</b>	<b>217</b>	<b>100.0</b>		

## Hábitos alcoólicos

A tabela 31 reporta-se ao consumo de bebidas alcoólicas. Cerca de 6 em cada 10 estudantes afirma não consumir bebidas alcoólicas, contudo, uma percentagem de 42.5% admite o seu consumo. O sexo masculino (59.9%) é o que mais consome quando comparado com o feminino (32.5%), sendo as diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 75.369$ ;  $p=0.000$ ). Em relação à idade com que iniciaram os consumos apuramos que, em média ocorreu aos 16 anos ( $\pm 1.85$  dp), sendo que a idade mínima se verificou aos 11 anos e a máxima aos 27 anos.

Completamos o estudo do consumo de bebidas alcoólicas apresentando os resultados relativos ao tipo de bebida mais consumidas e à frequência de consumo. Assim para o primeiro especto, apuramos que a bebida de eleição dos estudantes é a cerveja com um percentual de 74.6% sendo esta a mais consumida e a preferida tanto pelos rapazes (86.8%) como pelas raparigas (62.4%). O vinho surge em segundo lugar na preferência dos rapazes (50.7%) e as bebidas espirituosas (57.5%) nas raparigas.

Quanto à frequência do consumo, observamos que a percentagem de estudantes que admitem consumos diários de bebidas alcoólicas é reduzida (5.3%). De notar contudo que os consumos ao fim de semana aumentam de forma significativa em ambos os sexos (34.8% rapazes vs 34.1% raparigas). Entre as variáveis as diferenças são significativas ( $\chi^2 = 51.308$   $p=0.000$ ).



**Tabela 31** - Consumo de bebidas alcoólicas, tempo de consumo, frequência e bebidas mais consumidas em função do Sexo

Variáveis	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%		
<b>Hábitos alcoólicos</b>								
Não	152	40.1	469	67.5	621	57.8	-8.7	8.7
Sim	227	59.9	226	32.5	453	42.2	8.7	-8.7
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100.0</b>	<b>695</b>	<b>100.0</b>	<b>1074</b>	<b>100.0</b>		
<b>Tempo de consumo</b>								
<= 15 anos	68	30.0	75	33.2	143	31.6	-0.7	0.7
16 anos	73	32.2	71	31.4	144	31.8	0.2	-0.2
>= 17 anos	86	37.9	80	35.4	166	36.6	0.5	-0.5
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100.0</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>	<b>453</b>	<b>100.0</b>		
<b>Frequência consumo</b>								
Diariamente	21	9.3	3	1.3	24	5.3	3.8	-3.8
Duas três vezes semana	69	30.4	28	12.4	97	21.4	4.7	-4.7
Fim semana	79	34.8	77	34.1	156	34.4	0.2	-0.2
Raramente	58	25.6	118	52.2	176	38.9	-5.8	5.8
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>100.0</b>	<b>226</b>	<b>100.0</b>	<b>453</b>	<b>100.0</b>		
<b>Bebida mais consumida</b>								
Cerveja	197	86.8	141	62.4	338	74.6	6.0	-6.0
Vinho	115	50.7	59	26.1	174	38.4	5.4	-5.4
Bebidas espirituosas	105	46.3	130	57.5	235	51.9	-2.4	2.4
Outras	3	1.3	6	2.7	9	2.0	-1.0	1.0

### Consumo de drogas

Questionamos ainda os estudantes sobre o consumo de drogas. Os resultados (cf. Tabela 32), indicam que 28.0% dos participantes admite o consumo de algum tipo de drogas, sendo que destes 36.9% são rapazes e 23.2% raparigas. A diferença entre os que consomem e não consomem e sexo é significativa ( $\chi^2 = 23.067$ ;  $p = 0.000$ )

**Tabela 32** – Consumo de drogas em função do sexo

Sexo Consumo drogas	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Não	239	63.1	534	76.8	773	72.0	-4.8	4.8
Sim	140	36.9	161	23.2	301	28.0	4.8	-4.8
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100.0</b>	<b>695</b>	<b>100.0</b>	<b>1074</b>	<b>100.0</b>		

A tabela 33 apenas se reporta aos inquiridos que consomem droga e especificaram o tipo de droga consumida. Como se observa, a droga mais consumida é a “erva” com 68.3%, seguida do haxixe e da canábis com 50.5% e 43.5% respectivamente. O consumo de outro tipo de drogas como heroína, cocaína entre outras, surge em percentagens quase insignificantes

**Tabela 33** - Tipo de droga consumida

Variáveis	Sexo	Masc		Fem		Total	
		N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%	N <sup>a</sup>	%
Canabis		76	54.3	55	34.2	131	43.5
Haxixe		75	53.6	77	47.8	152	50.5
Erva		96	68.6	110	68.3	206	68.4
Liamba/marijuana		26	18.6	8	5.0	34	11.3
Ecstasy		4	2.9	5	3.1	9	3.0
Anfetaminas		1	0.2	1	0.2	2	0.7
Cocaína		1	0.7	-	0.0	1	0.3
Heroína		-	0.0	-	0.0	-	0.0
LSD		2	1.4	1	0.6	3	1.0
Outra		7	5.0	3	1.9	10	3.3

Quanto à idade de início de consumo averiguamos que se processou entre os 12 anos e os 18 anos). Nos rapazes as idades mínimas e máximas foram de 12 anos e 28 anos e nas raparigas entre os 12 e 30 anos. Pelos índices médios apuramos que os rapazes começaram a consumir mais tarde (média= 18.03;  $\pm$  2.09) que as raparigas (média=17.98  $\pm$  2.35) mas as diferenças não são estatisticamente significativas ( $t= 0.207$ ;  $p=0.837$ ).

Os dados da tabela 34, confirmam o que expressamos anteriormente ao revelarem que 41.2% dos estudantes da amostra consumiu substâncias pela primeira vez antes dos 17 anos, sendo que destes 40.0% são rapazes e 42.2% raparigas. No que tange aos que iniciaram o consumo após os 19 anos que correspondem a 34.6% da amostra, verifica-se um percentual similar (35.0% vs 34.6%) é encontrado ente os dois grupos

Do total de estudantes que admitiram o consumo de drogas apenas uma pequena percentagem (9.3%) assume o seu consumo de forma habitual/regular,

sendo que em termos absolutos se distribui de forma muito idêntica entre os rapazes (15) e as raparigas (13).

**Tabela 34 – Idade de consumo de drogas por sexo**

Idade Consumo	Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
<= 17 anos		56	40.0	68	42.2	124	41.2	-0.4	0.4
18 anos		35	25.0	38	23.6	73	24.3	0.3	-0.3
>= 19 anos		49	35.0	55	34.2	104	34.6	0.2	-0.2
Total		140	100.0	161	100.0	301	100.0		
<b>Consumo Habitual drogas</b>									
Não		125	89.3	148	91.9	273	90.7	-0.8	0.8
Sim		15	10.7	13	8.1	28	9.3	0.8	-0.8
Total		140	100.0	161	100.0	301	100.0		

## Consumo de medicamentos

No que concerne ao consumo de medicamentos, uma percentagem considerável de estudantes (34.2%) refere o seu consumo com ou sem prescrição médica. É no sexo feminino que se verifica maior consumo (40.6%) comparativamente com o sexo masculino onde o percentual diminui quase para metade (22.4%) com diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2= 35,909$  e  $p=0.000$ ). Acresce referir que os medicamentos mais consumidos são os analgésicos, os ansiolíticos e os psicoestimulantes.

**Tabela 35 - Consumo de medicamentos com e/ou sem prescrição médica/Sexo**

Consumo medicamentos	Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Não		294	77.6	413	59.4	707	65.8	6.0	-6.0
Sim		85	22.4	282	40.6	367	34.2	-6.0	6.0
Total		379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

Como síntese aos resultados sobre os comportamentos aditivos verificamos que embora a grande maioria dos estudantes (76.6%) negue o consumo de tabaco, é contudo preocupante a percentagem (42.2%) que admitem consumos excessivos de bebidas alcoólicas bem como o consumo de substâncias ilícitas (28%) e tabaco (23,4%). Entre os que fazem algum tipo de medicação é igualmente de salientar a percentagem de estudantes que admite o consumo de

medicamentos (34.2%), verificando-se que o percentual de consumo é quase o dobro nos estudantes do sexo feminino.

### 2.1.3 Aspetos clínicos relacionados com a saúde/doença mental

#### História familiar de doença psiquiátrica

Relativamente à história familiar de doença psiquiátrica constatamos (cf. tabela 36) que 81.0% não referem qualquer doença. Dos 19.0% com história de doença mental na família, cerca de 22.0% são familiares dos estudantes do sexo feminino e 14.0% do masculino. Com diferenças estatísticas significativas ( $\chi^2=9.555$ ;  $p=0.002$ )

Para os estudantes que referiram história de doença mental na família, procurou-se saber a relação de parentesco e o problema psiquiátrico que os afeta. Quanto à relação de parentesco destaca-se como os mais aludidos para a totalidade da amostra a mãe (41,7%), os avós (26.5%) e os tios (23.0%) e no que se refere ao problema psiquiátrico, figura a depressão com um percentual de 11.1% secundado com 3.0% pela esquizofrenia.

**Tabela 36** - História familiar relação de parentesco e problema psiquiátrico

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	sim	não
Hisfamdp								
Não	326	86,0	544	78,3	870	81,0	3,1	-3,1
Sim	53	14,0	151	21,7	204	19,0	-3,1	3,1
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>695</b>	<b>100,0</b>	<b>1074</b>	<b>100,0</b>		
<b>Relação de parentesco</b>								
Pai	5	9.4	25	16.6	30	14.7	-1.3	1.3
Mãe	19	35.8	66	43.7	85	41.7	-1.0	1.0
Irmãos	6	11.3	10	6.6	16	7.8	1.1	-1.1
Avós	17	32.1	37	24.5	54	26.5	1.1	-1.1
Tios	15	28.3	32	21.2	47	23.0	1.1	-1.1
Primos	1	1.9	13	8.6	14	6.9	-1.7	1.7
<b>Problemas psiquiátricos</b>								
Ansiedade	-	0.0	10	1.4	10	0.9	-2.3	2.3
Stress	-	0.0	5	0.7	5	0.5	-1.7	1.7
Depressão	25	6.6	94	13.5	119	11.1	-3.5	3.5
Esquizofrenia	9	2.4	23	3.3	32	3.0	-0.9	0.9
DAB	4	1.1	10	1.4	14	1.3	-0.5	0.5
Outros	11	2.9	15	2.2	26	2.4	0.8	-0.8

## História pessoal de saúde mental

A primeira questão colocada aos inquiridos sobre a sua história pessoal acerca de problemas de saúde mental procurou saber se já tinham consultado um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental. Apuramos (cf. tabela 37) que 24,6% dos inquiridos afirmaram ter efetuado consultas sendo que destes a maior percentagem são raparigas (29,4% vs 15,8%). Dos alunos que nunca consultaram um profissional de saúde devido a estes sintomas (75,4%), verifica-se que cerca de 8 em cada 10 são rapazes e 7 em cada 10 raparigas. O teste de qui quadrado ( $\chi^2=24.187$ ;  $p=0.000$ ) revela significância estatística.

Ainda na sequência da questão anterior e para os que responderam afirmativamente procuramos determinar os motivos que levaram os estudantes a recorrerem às consultas de saúde mental. A ansiedade (14,4%); a depressão (12,9%), o stress (9,6%) e os problemas do sono (6,7%) foram os motivos mais referidos pelos estudantes.

**Tabela 37** - Consulta com profissional de saúde mental e motivos de consulta em função do género

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%		
<b>Consulta</b>								
Não	319	84.2	491	70.6	810	75.4	4.9	-4.9
Sim	60	15.8	204	29.4	264	24.6	-4.9	4.9
<b>Total</b>	379	100,0	695	100,0	1074	100.0		
<b>Motivos da consulta</b>								
Ansiedade	37	9.8	118	17.0	155	14.4	-3.2	3.2
Stress	23	6.1	80	11.5	103	9.6	-2.9	2.9
Depressão	27	7.1	112	16.1	139	12.9	-4.2	4.2
Distúrbios do sono	15	4.0	57	8.2	72	6.7	-2.2	2.7
Outros	3	0.8	3	0.4	6	0.6	Não aplicável	

## Internamento por problemas psiquiátricos

É mínimo o percentual de estudantes (0,9%) que afirmaram ter estado internados por problemas psiquiátricos ou de saúde mental e que ocorreram sobretudo por parte dos estudantes do sexo feminino. Acresce referir que entre os 10 casos de internamento 4 estavam relacionados com problemas da esfera suicidária (Ideação e tentativas de suicídio).

**Tabela 38 - Internamento por problemas psiquiátricos em função do género**

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%		
Internamento								
Não	375	98,9	689	99,1	1064	99,1	-0,3	0,3
Sim	4	1,1	6	0,9	10	0,9	0,3	-0,3
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>695</b>	<b>100,0</b>	<b>1074</b>	<b>100,0</b>		

### Toma de medicação psiquiátrica

Terminamos a análise da história pessoal de saúde mental, fazendo referencia aos resultados obtidos com a questão sobre a toma de medicação psiquiátrica. Assim, quando se perguntou aos estudantes se alguma vez fizeram medicação por apresentarem sintomas relacionados com problemas psiquiátricos, 18% responderam afirmativamente denotando-se uma maior prevalência no sexo feminino 21,3% vs 11,9% quando comparado com o masculino.

Contudo quando questionados se atualmente fazem medicação para sintomas relacionados com problemas psiquiátricos, o percentual decresce para 6,8% continuando a verificar-se uma maior ascendência entre as raparigas (8,2% vs 4,2%)

**Tabela 39 – Toma de Medicação Psiquiátrica em função do género**

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Sim	Não
Medicação psiquiátrica								
<b>Medicação no passado</b>								
Não	334	88,1	547	78,7	881	82,0	3,8	-3,8
Sim	45	11,9	148	21,3	193	18,0	-3,8	3,8
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>695</b>	<b>100,0</b>	<b>1074</b>	<b>100,0</b>		
<b>Toma medicação actual</b>								
Não	363	95,8	638	91,8	1001	93,2	2,5	-2,5
Sim	16	4,2	57	8,2	73	6,8	-2,5	2,5
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100,0</b>	<b>695</b>	<b>100,0</b>	<b>1074</b>	<b>100,0</b>		

Como síntese aos resultados sobre problemas de saúde, podemos afirmar que a história familiar de doenças mentais é referida por 19% dos estudantes, verifica-se ainda que quase ¼ dos estudantes (24.6%) admitiu o recurso a serviços de saúde (consultas) devido a problemas de saúde mental e que 18% destes admitiram o consumo de psicofármacos, nomeadamente de ansiolíticos e hipnóticos.

## 2.1.4 Autoconceito

O Inventário clínico de autoconceito (ICAC) utilizado no nosso estudo, com um índice a oscilar entre 20 e 100, avalia a percepção que o estudante tem de si próprio e o conceito que, forma de si.

A determinação das estatísticas permitiu-nos verificar (cf. tabela 40) que para o seu valor global, os scores variam entre um mínimo de 30 e um máximo de 98, com uma média de 75.86 ( $\pm 8.70$  dp) superior à média esperada e à obtida pelo autor no processo de validação do inventário original. O intervalo de confiança para a média a 95% situa-se entre os 75.43 e 76.47 com um erro amostral de 0.264

A amplitude de variação dos diferentes fatores está dependente do número de itens que os constituem, razão pela qual a impulsividade é o que revela menores índices mínimos e máximos uma vez que é constituído por três itens. Em sentido inverso, encontramos o fator 2 (auto-eficácia) que comportando 6 itens, apresenta uma amplitude a situar-se entre os 11 e os 30 pontos. Os índices médios dos quatro fatores são todos superiores às médias esperadas, o que nos leva a depreender que os participantes no estudo têm uma boa percepção de si próprio, logo um bom autoconceito. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov ao apresentar significância estatística em todos os fatores e no valor global, é indicativo de que a distribuição não é normal.

**Tabela 40 – Estatística relativa ao autoconceito**

Autoconceito	Min	Max	Média Obser v	Média esperada	Dp	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
F1 – Aceitação/rejeição social	6	25	18.54	12.50	2.91	15.69	-6.146	5.731	0.000
F2 – Auto-eficácia	11	30	22.43	15.00	3.25	14.48	-4.320	1.697	0.000
F3 – Maturidade Psicológica	5	20	15.20	10.00	2.20	14.47	-3.386	1.174	0.000
F4 – Impulsividade/ actividade	3	15	11.70	7.50	1.73	14.78	-3.440	3.046	0.000
<b>Autoconceito Global</b>	<b>30</b>	<b>98</b>	<b>75.95</b>	<b>50.0</b>	<b>8.67</b>	<b>11.88</b>	<b>-6.520</b>	<b>7.536</b>	<b>0.000</b>

Fomos determinar se o autoconceito diferia em função do género. Os índices médios revelam que de um modo geral os estudantes do sexo masculino possuem uma melhor percepção e conceito de si próprio que as raparigas em todos os fatores. Não assumindo igualdade de variâncias para a

aceitação/rejeição, o teste t para amostras independentes revela apenas existir significância estatística para a impulsividade/atividade.

**Tabela 41 – Teste t para diferença de médias entre autoconceito e sexo**

Autoconceito	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
F1 – Aceitação/ rejeição social	18.54	2.74	18.54	3.00	0.029	-0.009	0.993
F2 – Auto-eficácia	22.59	3.30	22.34	3.22	0.884	1.202	0.230
F3 – Maturidade Psicológica	15.30	2.19	15.14	2.22	0.918	1.113	0.266
F4 – Impulsividade/ actividade	11.87	1.75	11.60	1.72	0.816	2.436	0.015
<b>Autoconceito Global</b>	<b>76.48</b>	<b>8.49</b>	<b>75.66</b>	<b>8.76</b>	<b>0.334</b>	<b>1.490</b>	<b>0.137</b>

Analizamos a relação entre o autoconceito e os grupos etários tendo-se apurado que os estudantes com idades compreendidas entre os 22 e 25 anos manifestam uma melhor aceitação/rejeição, maturidade psicológica, impulsividade e de um modo geral melhor perceção e conceito de si próprio, enquanto os de idade superior a 26 anos melhor auto-eficácia. São os estudantes mais jovens que revelam menor aceitação/rejeição, autoeficácia, impulsividade e autoconceito global mas a menor maturidade psicológica é registada nos de idade compreendida entre os 20 e 21 anos (tabela 42).

**Tabela 42 – Análise de variância a um fator entre idade e autoconceito**

Variáveis	≤19 anos		20 – 21 anos		22 -25 anos		≥ 26 anos		f	p
	Med	dp	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
F1 – Aceitação/ rejeição	18.36	3.11	18.42	2.87	18.74	2.97	18.60	2.97	0.932	0.424
F2 – Auto-eficácia	21.74	3.22	21.90	3.14	22.54	3.14	23.41	3.27	14.779	0.000
F3 – Maturidade Psicológica	14.94	2.32	14.84	2.21	15.49	2.04	15.49	2.17	7.095	0.000
F4 – Impulsividade	11.50	1.81	11.67	1.75	11.83	1.70	11.76	1.70	1.595	0.189
<b>Autoconceito Global</b>	<b>74.52</b>	<b>9.10</b>	<b>74.77</b>	<b>8.40</b>	<b>77.56</b>	<b>8.32</b>	<b>75.95</b>	<b>8.67</b>	<b>7.836</b>	<b>0.000</b>

Entre os grupos registam-se diferenças com significância estatística para a auto-eficácia, maturidade psicológica e autoconceito global cuja localização entre grupos se observa na tabela 43

**Tabela 43 - Teste post hoc de Tukey entre grupos etários e auto conceito**

Variáveis	1 vs 2	1 vs 3	1 vs 4	2 vs 3	2 vs 4	3 vs 4
F2 – Auto-eficácia	--	0.028	0.000	--	0.000	0.007
F3 – Maturidade Psicológica	--	0.024	0.026	0.002	0.002	--
<b>Autoconceito Global</b>	--	0.025	0.001	0.035	0.001	--

Legenda

- 1 = ≤19 anos
- 2 = 20 – 21 anos
- 3 = 22 -25 anos
- 4 = ≥ 26 anos



Achamos pertinente estudar o autoconceito com algumas variáveis de contexto académico, nomeadamente com o ano que frequentam, a unidade orgânica/escola e o desempenho académico traduzido pelo número de retenções. Quanto ao ano de escolaridade, os resultados (cf. tabela 44), indicam que são os estudantes do 3º ano que têm um melhor conceito de si próprio em todos os seus componentes. Em sentido oposto, isto é os que percecionam pior conceito de si próprio, encontramos os estudantes do 4º ano com exceção da auto-eficácia que é referida como menos positiva nos estudantes do 1º ano. As diferenças entre grupos não são significativas revelando o autoconceito global uma significância marginal

**Tabela 44** – Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e auto-conceito

Ano escolaridade	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	$\chi^2$	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM		
F1 – Aceitação/ rejeição	540.09	508.45	568.49	503.21	6.989	0.072
F2 – Auto-eficácia	510.53	530.77	570.12	553.75	6.801	0.079
F3 – Maturidade Psicológica	532.81	533.12	555.48	486.97	2.868	0.412
F4 – Impulsividade	534.79	521.40	562.67	503.59	4.037	0.258
<b>Autoconceito Global</b>	<b>524.50</b>	<b>516.89</b>	<b>576.25</b>	<b>508.44</b>	<b>7.800</b>	<b>0.051</b>

Relativamente à unidade orgânica/escola, denota-se pelas ordenações médias (cf. tabela 45), que são os estudantes da escola superior agrária que têm melhor perceção e conceito de si próprio, com exceção da impulsividade que ocorre mais nos estudantes a frequentarem a escola superior de tecnologia e gestão de Lamego. Os estudantes da Escola superior de tecnologia e gestão de Viseu, partilham a melhor perceção e conceito de si próprios em relação à autoeficácia, maturidade psicológica e autoconceito global conjuntamente com os estudantes da escola superior de educação e de saúde em relação à aceitação/rejeição e impulsividade respectivamente.

**Tabela 45** – Teste de Kruskal Wallis entre estabelecimento de ensino que frequenta e auto-conceito

Escola	ESTGV	ESEV	ESSV	ESAV	ESTGL	$\chi^2$	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM	OM		
F1 – Aceitação/ rejeição	537.27	517.13	524.00	575.18	543.30	2.741	0.602
F2 – Auto-eficácia	487.12	561.66	569.67	622.21	508.75	18.874	0.001
F3 – Maturidade Psicológica	497.23	524.66	529.84	565.86	553.52	5.008	0.286
F4 – Impulsividade	529.91	551.71	501.63	549.28	553.96	5.314	0.257
<b>Autoconceito Global</b>	<b>505.56</b>	<b>535.14</b>	<b>536.32</b>	<b>596.96</b>	<b>536.27</b>	<b>5.292</b>	<b>0.259</b>

Em relação ao desempenho académico apesar do test t de student (cf. tabela 46), apenas revelar significância estatística para a auto-eficácia, os resultados tendem para que os estudantes que reprovaram manifestem um melhor autoconceito.

**Tabela 46** - Teste t de Student entre desempenho académico e autoconceito

Variáveis	Sim		Não		Levenne (p)	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
F1 – Aceitação/ rejeição social	18.55	2.94	18.52	2.87	0.741	0.119	0.905
F2 – Auto-eficácia	22.67	3.23	22.08	3.25	0.553	2.977	0.003
F3 – Maturidade Psicológica	15.14	2.22	15.29	2.16	0.709	-1.098	0.272
F4 – Impulsividade/ actividade	11.66	1.75	11.75	1.71	0.260	-0.764	0.445
<b>Autoconceito Global</b>	<b>76.17</b>	<b>8.84</b>	<b>75.63</b>	<b>8.42</b>	<b>0.560</b>	<b>0.998</b>	<b>0.318</b>

Como síntese aos resultados obtidos podemos afirmar pelos valores médios que os estudantes possuem valores elevados em todas as dimensões do autoconceito, com um valor global de 75.95, quando o valor máximo possível é de 100. Os rapazes apresentam valores globais ligeiramente superiores aos encontrados para as raparigas (76.48 vs 75.66) mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

Podemos também verificar que os estudantes com melhor autoconceito são os do 3º ano, com idades compreendidas entre 22-25 e nos que estudam na escola superior agrária.

### 2.1.5 Suporte social/familiar

O suporte social é um fator importante na proteção do indivíduo contra a deterioração da sua saúde e bem-estar. Foi nesta perspectiva que consideramos oportuno integrar esta variável no nosso estudo.

Os resultados obtidos com suporte social revelam (cf. tabela 47) que para a globalidade da escala, os estudantes apresentam uma cotação mínima de 15 e uma máxima de 71, com um índice médio de 54.31 e desvio padrão de 10.83 sendo que o intervalo de confiança para a média a 95% se situa entre os 18,60 e 19,11. A comparação das médias observadas por subescala e valor global com as médias esperadas, indiciam que os estudantes possuem um bom suporte social.

Por sua vez os coeficientes de variação revelam dispersões entre o moderado e o alto registado nas atividades sociais.

**Tabela 47 - Estatística relativa ao Suporte social**

Suporte social	Min	Max	Média Observ	Dp	Média esperada	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Satisfação com amigos	5	25	18.85	4.26	12.5	22.59	-9.160	-2.194	0.000
Intimidade	4	20	14.98	3.70	10.0	24.69	-7.706	-2.402	0.000
Satisfação familiar	3	15	11.22	2.74	7.5	24.42	-8.066	-0.302	0.000
Atividades sociais	3	15	9.24	2.99	7.5	32.35	0.946	-4.261	0.000
<b>Suporte social Global</b>	<b>15</b>	<b>71</b>	<b>54.31</b>	<b>10.83</b>	<b>37.5</b>	<b>19.94</b>	<b>-5.573</b>	<b>-1.174</b>	<b>0.000</b>

As variáveis sócio-demográficas que habitualmente se consideram no estudo do suporte social é o sexo, a idade o estado civil, a etnia e o estatuto socioeconómico. Apenas aludiremos ao sexo e à idade pela sua relevância no contexto do presente trabalho. No que respeita ao sexo, sobressai que as raparigas dão mais importância à satisfação com as amizades, intimidade e de um modo geral ao suporte social, enquanto os rapazes dão mais relevância à satisfação familiar e atividades sociais.

O teste de Levene indica-nos que a satisfação familiar e as atividades sociais não apresentam variâncias homogêneas e o valor de t revela significância marginal apenas para a satisfação com amigos e atividades sociais.

**Tabela 48 - Test t de Student entre suporte social e sexo**

Suporte social	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Satisfação com amigos	18.51	4.17	19.04	4.30	0.212	-1.922	0.055
Intimidade	14.88	3.66	15.04	3.72	0.836	-0.691	0.489
Satisfação familiar	11.31	2.57	11.17	2.82	0.026	0.836	0.403
Atividades sociais	9.46	2.79	9.12	3.09	0.010	1.805	0.071
<b>Suporte social Global</b>	<b>54.18</b>	<b>10.34</b>	<b>54.39</b>	<b>11.09</b>	<b>0.097</b>	<b>-0.303</b>	<b>0.762</b>

Os resultados da análise de variância (cf. tabela 49) demonstram que os estudantes com idades entre os 22 e 25 anos apresentam melhor suporte social relacionado com a intimidade, atividades sociais e suporte social (global). Os estudantes com idade inferior ou igual a 19 anos evidenciam melhor satisfação com as amizades e menor intimidade e satisfação familiar. Todavia, apenas encontramos significância estatística para a satisfação com as amizades.

**Tabela 49 – Análise de variância a um fator entre idade e suporte social.**

Variáveis	≤19 anos		20 – 21 anos		22 -25 anos		≥ 26 anos		f	p
	Med	dp	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
Satisfação com amigos	19.28	3.96	19.10	4.30	19.00	4.29	18.09	4.35	4.191	0.006
Intimidade	14.72	3.60	15.08	3.74	15.17	3.74	14.90	3.70	0.705	0.549
Satisfação familiar	10.88	2.92	11.17	2.64	11.26	2.69	11.50	2.71	2.127	0.095
Atividades sociais	9.15	3.11	9.48	2.96	9.62	2.97	8.67	2.86	5.693	0.001
<b>Suporte social Global</b>	<b>54.04</b>	<b>10.86</b>	<b>54.85</b>	<b>11.00</b>	<b>55.07</b>	<b>10.59</b>	<b>53.17</b>	<b>10.81</b>	<b>1.794</b>	<b>0.147</b>

Determinou-se ainda de que modo o suporte social se relacionava com o ano frequentado, a unidade orgânica e o desempenho académico. Para a escolaridade, o teste de Kruskal Wallis realizou evidência que os estudantes do 4º ano de licenciatura têm maior intimidade, mais atividades sociais e um melhor suporte social (global) mas uma menor satisfação com amizades. A melhor satisfação com as amizades é sentida pelos estudantes do primeiro ano e a satisfação familiar nos do 3º ano. É nos estudantes do 2º ano que se manifesta menos intimidade, menos atividades sociais e um menor suporte social. Entre grupos as diferenças são significativas para as atividades sociais

**Tabela 50** – Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e suporte social

Ano escolaridade	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM		
Satisfação com amizades	552.18	521.44	540.48	518.04	1.938	0.585
Intimidade	529.12	523.46	543.10	634.44	6.800	0.079
Satisfação familiar	544.34	514.21	561.26	486.67	5.598	0.133
Atividades sociais	520.16	506.98	571.94	615.11	12.111	0.007
<b>Suporte social Global</b>	<b>536.85</b>	<b>511.69</b>	<b>556.67</b>	<b>573.65</b>	<b>4.295</b>	<b>0.231</b>

Afere-se pela tabela 51 que os estudantes que frequentam a escola superior de tecnologia e gestão de Viseu, revelam melhor suporte social no que concerne à satisfação com as amizades e satisfação familiar e os da escola de saúde melhor satisfação para a intimidade, atividades sociais e suporte social global. Por sua vez a menor satisfação social é sentida pelos estudantes a frequentarem a escola superior de educação no que respeita à intimidade, satisfação familiar. Encontramos diferenças estatísticas para a intimidade e para as atividades sociais

**Tabela 51** – Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e suporte social

Escola	ESTGV	ESEV	ESSV	ESAV	ESTGL	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM	OM		
Satisfação com amizades	563.21	552.52	535.29	541.51	524.15	2.198	0.699
Intimidade	509.62	490.24	583.57	524.29	538.25	10.284	0.036
Satisfação familiar	548.15	526.21	522.99	573.92	537.51	2.331	0.675
Atividades sociais	531.68	520.33	586.58	488.94	527.39	9.841	0.043
<b>Suporte social Global</b>	<b>538.02</b>	<b>520.29</b>	<b>564.65</b>	<b>525.23</b>	<b>529.69</b>	<b>2.804</b>	<b>0.591</b>

Na tabela 52, fazemos alusão à relação entre suporte social e desempenho académico. Observa-se que os estudantes que nunca reprovaram revelam um melhor suporte na satisfação com amizades, intimidade e os que reprovaram

evidenciam melhor suporte na satisfação familiar e suporte social (global). Com variâncias homogêneas em todas as subescalas, não encontramos significâncias estatísticas, aferindo-se assim que o desempenho académico não influencia o suporte social.

**Tabela 52** – Teste t de Student entre desempenho académico e suporte social.

Suporte social	Sim		Não		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Satisfação com amizades	18.82	4.37	18.87	4.19	0.233	0.217	0.829
Intimidade	14.96	3.76	15.00	3.66	0.262	0.175	0.861
Satisfação familiar	11.35	2.66	11.13	2.78	0.621	-1.342	0.180
Atividades sociais	9.24	3.04	9.24	2.96	0.528	-0.001	0.999
<b>Suporte social Global</b>	<b>54.39</b>	<b>10.95</b>	<b>54.26</b>	<b>10.74</b>	<b>0.542</b>	<b>-0.195</b>	<b>0.846</b>

Como síntese aos resultados obtidos podemos afirmar que os estudantes possuem um bom suporte social. Contudo as raparigas apresentam um valor global de suporte social superior ao dos rapazes mas as diferenças não são estatisticamente significativas.

No que se refere à idade encontramos significância estatística com a satisfação com amizades e atividades sociais, sendo os estudantes com idades entre os 22 e 25 anos que revelam melhor suporte social.

Quanto às variáveis académicas apuramos que os estudantes que frequentam o 4º ano de licenciatura, os da Escola Superior de Saúde e os que já reprovaram são os que fruem de melhor suporte social.

### 2.1.6 Ansiedade depressão e stress

Observamos que os valores mínimos e máximos nas três dimensões oscilam entre o zero (0) e o 21, com um índice médio mais elevado no stress (média=  $6.79 \pm 4.60$ ) e mais baixo na ansiedade (média =  $4.85 \pm 4.38$  dp), porém, inferiores à média esperada, o que sugere níveis de ansiedade, depressão e stress normais.

**Tabela 53** - Estatística relativa à ansiedade, depressão e stress

Variáveis	Min	Max	Média observ	Dp	Média esperada	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Ansiedade	0	21	4.85	4.38	10.5	90.30	13.880	4.825	0.000
Depressão	0	21	5.04	4.76	10.5	94.44	15.73	6.416	0.000
Stress	0	21	6.79	4.60	10.5	67.74	9.493	2.597	0.000

Quando relacionamos os índices de ansiedade, depressão e stress em função do sexo, notamos (cf. tabela 54) que, embora dentro de valores normais/baixos, as raparigas apresentam níveis mais elevados nestas três vertentes quando comparadas com os rapazes, com diferenças estatísticas significativas. O teste de levenne indica-nos que apenas a variável stress apresenta variâncias homogêneas.

**Tabela 54** - Test t de Student entre ansiedade, depressão e stress e sexo

Variáveis	Masculino		Feminino		Levenne (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade	3.85	3.76	5.39	4.59	0.000	-5.892	0.000
Depressão	4.43	4.42	5.38	4.90	0.021	-3.228	0.002
Stress	5.69	4.20	7.39	4.69	0.079	-6.067	0.000

A idade não parece influenciar os valores da ansiedade depressão ou stress, pois como se pode observar o valor de f não é explicativo nas três dimensões, sugerindo apenas uma significância a 10% na depressão.

**Tabela 55** – Análise de variância a um fator entre idade e ansiedade depressão e stress

Grupos etários	≤19 anos		20 – 21 anos		22 -25 anos		≥ 26 anos		f	p
Variáveis	Med	dp	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
Ansiedade	4.99	4.50	5.07	4.55	4.68	4.26	4.66	4.20	0.649	0.584
Depressão	5.77	5.23	5.00	4.62	4.82	4.47	4.74	4.75	2.297	0.076
Stress	7.04	4.69	6.97	4.70	6.49	4.44	6.73	4.56	0.767	0.513

Ao estudarmos a relação entre ansiedade, depressão e stress com as variáveis académicas, deparamo-nos com índices mais elevados nestas três dimensões nos estudantes que frequentam o primeiro ano de licenciatura e níveis mais baixos nos do quarto ano. As diferenças registam significância estatística na depressão, localizadas pelo teste post hoc de Tukey entre os estudantes do primeiro e quarto ano ( $p=0.029$ ) e significância marginal para a ansiedade.

**Tabela 56** – Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e ansiedade, depressão e stress

Ano escolaridade	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM		
Ansiedade	560.69	526.00	539.13	447.82	7.382	0.061
Depressão	568.38	541.96	515.54	447.98	10.237	0.017
Stress	555.12	538.28	527.90	479.26	3.555	0.314

Ao analisarmos os resultados do estudo destas variáveis com a unidade orgânica que os estudantes frequentam, apenas para a depressão é encontrada significância estatística que se localiza conforme resultado do teste post hoc de Tukey entre os estudantes da escola de educação e escola de saúde ( $p= 0.038$ ) e estudantes desta escola e os da escola de tecnologia e gestão ( $p= 0.025$ ).

**Tabela 57** – Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e ansiedade depressão e stress

Escola	ESTGV	ESEV	ESSV	ESAV	ESTGL	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM	OM		
Ansiedade	559.88	587.84	521.91	543.11	521.52	6.298	0.178
Depressão	562.97	577.18	485.18	491.28	557.44	14.638	0.006
Stress	551.71	587.57	525.91	510.92	529.54	5.322	0.256

Quando analisados os níveis de ansiedade depressão e stress com o desempenho académico, observamos que os que já reprovaram têm índices mais elevados do que os que não reprovaram. Não assumindo igualdade de variâncias para a depressão, o teste t indica-nos diferenças significativas somente para a depressão.

**Tabela 58** - Teste t de Student entre ansiedade, depressão e stress e desempenho académico

Suporte social	Não		Sim		Levenne (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade	4.73	4.33	5.00	4.43	0.526	-0.998	0.318
Depressão	4.69	4.53	5.54	5.03	0.003	-2.825	0.005
Stress	6.73	4.53	6.89	4.69	0.758	-0.570	0.569

Em síntese:

Os índices médios revelam que os participantes no estudo possuem níveis de ansiedade, depressão e stress normais, isto é pouco sugestivos de psicopatologia, mas as raparigas tendem para níveis mais elevado.

É nos estudantes que frequentam o primeiro ano de licenciatura que encontramos níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress com significância estatística para a depressão, o mesmo ocorrendo para esta variável quando a relacionamos com a unidade orgânica/escola que frequentam e para os estudantes com pior desempenho académico. Os índices de ansiedade e stress são mais elevados nos estudantes da escola superior de educação e a depressão na escola superior de tecnologia e gestão de Viseu. Os estudantes que já reprovaram possuem níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stress do que os que não reprovaram.

### 2.1.7 Vinculação

Avaliamos a vinculação do adulto em três dimensões: (i) **Ansiedade** - grau de ansiedade que o indivíduo sente em relação a questões interpessoais como o medo do abandono ou de não ser bem aceite, (ii) **Contacto com a Proximidade** - grau em que o indivíduo se sente confortável com a proximidade e intimidade e (iii) **Confiança nos Outros** - grau de confiança nos outros e na sua disponibilidade, quando necessária.

Analisando as estatísticas obtidas nas três dimensões (cf. Tabela 59), verificamos que os índices mínimos oscilam entre o 1 na ansiedade e 1.33 no conforto com a proximidade, enquanto que o índice máximo é de 5 para todas as dimensões. Os índices médios quando comparados com as médias esperadas propostas pelo autor são indicativos de baixa ansiedade de conforto com a proximidade e de confiança nos outros. O teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov, por sua vez revela que a amostra não tem distribuição normal.

**Tabela 59** - Estatística relativa à vinculação

Variáveis	Min	Max	Média observ	Dp	Média esperada	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Ansiedade	1.00	5	2.45	0.87	3	35.51	6.586	-1.208	0.000
Conforto com a proximidade	1.33	5	3.54	0.57	3	16.10	0.013	0.838	0.000
Confiança nos outros	1.17	5	3.24	0.57	3	17.59	-5.040	0.798	0.000



Procuramos saber se o sexo se associava à vinculação. Através dos valores médios verifica-se que os estudantes do sexo masculino apresentam maior conforto com a proximidade e as raparigas índices mais elevados de ansiedade e confiança nos outros, mas sem significância estatística entre os grupos.

**Tabela 60** - Teste t de Student entre vinculação e sexo

Variáveis	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade na vinculação	2.39	0.85	2.48	0.89	0.251	-1.639	0.102
Conforto proximidade	3.55	0.60	3.53	0.56	0.451	0.451	0.652
Confiança nos outros	3.24	0.58	3.27	0.57	0.185	-0.180	0.857

Em relação à idade verificamos (cf. Tabela 61), que a ansiedade é mais elevada nos estudantes mais jovens, sendo também neste grupo que encontramos menor conforto com a proximidade. É nos estudantes com idades entre os 22 e 25 anos que observamos maior conforto com a proximidade e confiança nos outros. A menor ansiedade é notada nos estudantes mais velhos e a confiança nos outros no grupo dos 20 a 21 anos.

O valor de f indica-nos significâncias estatísticas para a ansiedade e confiança nos outros e os testes post hoc de Tukey assinalam a localização das diferenças

**Tabela 61** – Análise de variância a um factor entre idade e vinculação

Grupos etários	≤19 anos (1)		20 – 21 anos (2)		22 -25 anos (3)		≥= 26 anos (4)		f	p
Variáveis	Med	dp	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
Ansiedade	2.67	0.92	2.58	0.85	2.32	0.84	2.28	0.84	12.796	0.000
Conforto proximidade	3.48	0.56	3.53	0.59	3.58	0.56	3.55	0.58	1.426	0.234
Confiança nos outros	3.25	0.57	3.19	0.58	3.33	0.54	3.20	0.58	3.622	0.013
<b>Teste post hoc</b>	<b>1 vs 3</b>		<b>1 vs 4</b>		<b>2 vs 3</b>		3 vs 4			
Ansiedade	0.000		0.000		0.001					
Confiança nos outros					0.019		0.029			

A tabela 62 reporta-se aos resultados da vinculação com o ano que frequentam. Como se pode verificar a ansiedade é mais elevada nos estudantes do primeiro ano e o conforto com a proximidade e a confiança nos outros nos do quarto ano.

**Tabela 62 – Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e vinculação**

Ano escolaridade	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM		
Ansiedade	561.50	550.19	511.75	467.04	8.024	0.046
Conforto proximidade	520.77	515.95	567.14	589.41	7.339	0.062
Confiança nos outros	517.87	546.70	535.53	619.82	5.872	0.118

Ao analisarmos os resultados da vinculação em função da unidade orgânica que frequentam (cf. Tabela 63), notamos que os estudantes da escola de tecnologia e gestão, são os que revelam maiores níveis de ansiedade e os da escola de saúde maior conforto com a proximidade e confiança nos outros, sendo também esses que apresentam menores índices de ansiedade.

**Tabela 63 – Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e vinculação**

Escola	ESTGV	ESEV	ESSV	ESAV	ESTGL	X <sup>2</sup>	p
Variáveis	OM	OM	OM	OM	OM		
Ansiedade	565.71	541.63	510.94	528.98	543.98	3.404	0.493
Conforto proximidade	535.10	524.51	553.22	549.65	530.43	1.292	0.863
Confiança nos outros	527.27	502.86	558.78	505.08	547.11	4.626	0.328

Focamo-nos finalmente nos resultados obtidos entre a vinculação e desempenho académico. Assumindo igualdade de variâncias apenas para a confiança nos outros, apuramos que o valor de t não é explicativo para as três dimensões da vinculação. Notamos contudo pelos valores médios que os estudantes que não reprovaram tendem para uma menor ansiedade e para um maior conforto com a proximidade e confiança nos outros.

**Tabela 64 - Test t de Student entre vinculação e desempenho académico**

Variáveis	Sim		Não		Levenne (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Ansiedade na vinculação	2.46	0.91	2.44	0.85	0.068	-0.429	0.668
Conforto proximidade	3.52	0.55	3.55	0.59	0.011	0.952	0.341
Confiança nos outros	3.25	0.58	3.23	0.57	0.621	-0.486	0.627

Face aos resultados obtidos foi-nos ainda possível, classificar os estudantes de acordo com os protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990, citado em Canavarro et al., 2003). Assim, encontramos com um padrão de vinculação seguro mais de metade da totalidade dos participantes (64,2%), nos rapazes (65.4%), raparigas (63.6%). Os preocupados perfazem 11,5% sendo que destes 11.9% são raparigas e 10.6% rapazes. Com percentagens de menor expressão figuram o desligado (6,3%), amedrontado (9,9%) e os não

classificáveis (8,1%). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste de qui quadrado ( $\chi^2 = 1.284$ ;  $p = 0.864$ ). Acresce referir que os estudantes com padrão de vinculação seguro pontuaram na EVA com valores superiores a 3 nas variáveis conforto com a proximidade e confiança nos outros e valores inferiores a 3 na ansiedade.

**Tabela 65 – Classificação dos protótipos de vinculação em função do sexo**

Sexo	Masc		Fem		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Seguros	248	65.4	442	63.6	690	64.2	0.6	-0.6
Preocupados	40	10.6	83	11.9	123	11.5	-0.7	0.7
Desligados	26	6.9	42	6.0	68	6.3	0.5	-0.5
Amedrontados	34	9.0	72	10.4	106	9.9	-0.7	0.7
Não classificados	31	8.2	56	8.1	87	8.1	0.1	-0.1
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

### Em síntese:

Os valores obtidos através da EVA permitiu classificar os estudantes de acordo com os protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990, citado em Canavarro et al., 2003), verificando-se que a maioria dos estudantes (64,2%) possuem um padrão de vinculação seguro

## 2.1.8 Acontecimentos de vida negativos

O carácter positivo ou negativo dos acontecimentos de vida depende da percepção que o individuo tem do mesmo. Nesta perspectiva, o mesmo acontecimento pode constituir-se como um fator de risco para a desorganização mental de um individuo enquanto que para outro poderá não ter impacto significativo no seu funcionamento mental. Foi com base nestes pressupostos que procuramos estudar os acontecimentos de vida nos participantes do estudo.

Do somatório dos catorze itens que constituem este inventário, obtivemos um valor mínimo de 0 (zero) e um máximo de 60, a que corresponde uma média de 13.25 e um desvio padrão de 10.81.

No que se refere às subescalas do inventário, a amplitude difere em função do número de itens que as constituem. Nesse sentido, a variabilidade média é

menor em problemas com os amigos (Média =  $1.19 \pm 2.54$ ) e a maior no ambiente familiar disfuncional (média =  $4.38 \pm 4.49dp$ ), mas os desvios padrão ao apresentarem valores superiores aos índices médios, traduzem dispersões muito elevadas, tal como pode ser observado pelos coeficientes de variação. O teste K/S, indica que a distribuição não é gaussiana o que é reforçado pelos valores de assimetria e curtose que indiciam curvas enviesada à esquerda e leptocúrticas.

**Tabela 66** - Estatística relativa aos acontecimentos de vida negativos

Variáveis	Min	Max	Média	Dp	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Negligência	0	25	3.32	4.86	146.38	25.906	26.456	0.000
Ambiente familiar disfuncional	0	15	4.38	4.49	102.51	10.453	3.181	0.000
Separação/perda	0	20	4.33	4.10	94.68	12.373	3.100	0.000
Problemas com os amigos	0	10	1.19	2.54	213.44	28.720	24.315	0.000
Acontecimentos vida (global)	0	60	13.25	10.81	81.58	13.546	6.973	0.000

Na tabela 67 analisamos a relação ente acontecimentos de vida e sexo. Pelos índices médios notamos que as raparigas evidenciam mais acontecimentos de vida negativos em todas as subescalas e fator global, com diferenças estatísticas significativas excepto para a dimensão “*Problemas com os amigos*”.

**Tabela 67** - Teste t de Student entre acontecimentos de vida negativos e sexo

Variáveis	Masculino		Feminino		Levene (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Negligência	2.55	3.93	3.75	5.25	0.000	-4.231	0.000
Ambiente familiar	3.59	4.13	4.81	4.62	0.002	-4.407	0.000
Separação/perda	3.87	3.74	4.59	4.27	0.001	-2.882	0.004
Problemas com os amigos	1.14	2.47	1.22	2.58	0.237	-0.514	0.607
Acontecimentos vida (global)	11.16	9.51	14.38	11.30	0.000	-4.961	0.000

Quando comparamos os acontecimentos de vida com a idade, apuramos que os estudantes mais velhos revelam acontecimentos de vida mais negativos para a negligência, separação/perda e acontecimentos de vida de forma global, mas mais positivos com o ambiente familiar, enquanto os estudantes com idades entre os 20 e 21 apontam como mais negativo o ambiente familiar e os de idade entre os 22 e 25 anos os problemas com os amigos. É nos mais jovens que os acontecimentos são mais positivos de um modo geral e ainda para a separação/perda e problemas com os amigos. As diferenças entre grupos não são significativas.

**Tabela 68 – Análise de variância a um fator entre acontecimentos de vida negativos e idade**

Variáveis	≤19 anos		20 – 21 anos		22 -25 anos		≥ 26 anos		f	p
	Med	dp	Med	dp	Med	dp	Med	dp		
Negligência	3.27	4.56	2.90	4.43	3.47	4.87	3.67	5.47	1.309	0.270
Ambiente familiar	4.26	4.26	4.53	4.59	4.50	4.45	4.18	4.62	0.421	0.738
Separação/perda	3.76	3.85	4.46	4.26	4.32	3.65	4.67	4.58	2.126	0.095
Problemas com os amigos	0.93	2.43	1.09	2.39	1.39	2.73	1.31	2.57	1.683	0.169
Acontecimentos vida (global)	12.24	10.28	13.00	10.09	13.70	10.24	13.83	12.40	1.120	0.340

Já entre os acontecimentos de vida e o ano que frequenta, notamos (cf. Tabela 69), que os estudantes do primeiro ano referem como acontecimentos de vida mais negativos a separação/perdas e os acontecimentos de vida global. Nos estudantes do terceiro ano, o ambiente familiar e problemas com os amigos foram os acontecimentos vivenciados como mais negativos e no quarto ano a negligência. Por outro lado, os estudantes do quarto ano partilham um bom ambiente familiar, enquanto nos do segundo ano encontramos acontecimentos mais positivos em relação à negligência, separação/perda e acontecimento global. Apenas na negligência encontramos significância estatística, mas quando efetuámos comparações múltiplas entre os grupos, as mesmas não se verificam.

**Tabela 69 – Teste de Kruskal Wallis entre ano de licenciatura e acontecimentos de vida negativos**

Variáveis	Ano escolaridade				X <sup>2</sup>	p
	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano		
Negligência	566.43	515.42	517.40	596.22	9.559	0.023
Ambiente familiar	521.73	525.52	570.17	512.95	5.767	0.124
Separação/perda	549.71	528.68	531.90	542.85	0.969	0.809
Satisfação com amigos	528.91	535.62	557.51	485.70	6.150	0.105
Acontecimentos vida (global)	548.46	518.68	545.34	528.35	1.900	0.593

Analisamos também a relação entre acontecimentos de vida com a unidade orgânica que frequentam. Apuramos que os acontecimentos negativos estão concentrados nos estudantes das escolas superiores de educação e agrária. Os da escola superior de educação, manifestam acontecimentos mais negativos em relação ao ambiente familiar, problemas com os amigos e acontecimentos globais e os da escola agrária negligência e separação/perda. Por sua vez os acontecimentos de vida mais positivos observam-se na escola de saúde para a separação/perda e problemas com os amigos, na escola agrária em relação ao

ambiente familiar e na escola de tecnologia para a negligência e acontecimentos de vida global. Os valores de p são significativos excepto para a negligência,

**Tabela 70 –** Teste de Kruskal Wallis entre escola que frequenta e acontecimentos de vida negativos

Variáveis	Escola	ESTGV	ESEV	ESSV	ESAV	ESTGL	X <sup>2</sup>	p
	OM	OM	OM	OM	OM	OM		
Negligência	526.17	546.14	541.21	548.32	533.99	533.99	0.604	0.963
Ambiente familiar	558.32	609.32	548.98	499.18	509.45	509.45	14.162	0.007
Separação/perda	543.94	574.98	515.97	605.85	520.13	520.13	9.760	0.045
Problemas com os amigos	534.00	582.93	508.10	536.55	541.71	541.71	9.956	0.041
Acontecimentos vida (global)	545.90	610.63	527.15	548.34	514.80	514.80	10.526	0.032

Na tabela 71 registamos os resultados do teste de comparações múltiplas de Tukey que nos indica as escolas onde se encontram as diferenças. Acresce referir que para a separação/perdas não se verificam significâncias estatísticas dentro dos grupos.

**Tabela 71 -** Teste post hoc de Tukey entre grupos etários e auto conceito

Variáveis	Grupos etários		
	2 vs 3	2 vs 4	2 vs 5
Ambiente familiar		0.043	0.006
Separação/perda	n.s.	n.s.	n.s.
Satisfação com amigos	0.016		
Acontecimentos vida (global)			0.013

Legenda

- 1 = ESAV
- 2 = ESEV
- 3 = ESSV
- 4 = ESTGL
- 5 = ESTGV

Procuramos entretanto saber em que medida o desempenho académico discriminava os acontecimentos de vida negativos. Realizado o teste t para amostras independentes apuramos que os estudantes que já reprovaram apresentam índices mais elevados condicentes com acontecimentos negativos que os que nunca reprovaram, com significância estatística para a separação/perda, problemas com os amigos e acontecimentos de vida global.

**Tabela 72** - Teste t de Student entre acontecimentos de vida negativos e desempenho académico

Variáveis	Não		Sim		Levenne (p)	t	p
	Média	dp	Média	dp			
Negligência	3.10	4.55	3.63	5.25	0.008	-1.718	0.086
Ambiente familiar	4.37	4.49	4.39	4.50	0.837	-0.098	0.922
Separação/perda	4.08	3.97	4.70	4.26	0.098	-2.452	0.014
Problemas com os amigos	1.06	2.40	1.39	2.72	0.001	-2.063	0.039
Acontecimentos vida (global)	12.62	10.31	14.13	11.43	0.063	-2.261	0.024

### 2.1.9 Risco de suicídio

Os critérios de diagnóstico da escala de risco de suicídio conforme referido no capítulo da metodologia permitem determinar a prevalência do risco de suicídio. Nesse sentido, e tratando-se de uma pergunta de resposta múltipla, procuramos apurar a percentagem de respostas obtidas a cada um dos seis critérios (simples ou combinados) e cujos resultados se expressam na tabela 73 notamos que 83.0% dos estudantes da amostra nunca pensou em suicídio e dos que responderam aos diferentes critérios de diagnóstico, o percentual mais significativo (10.5%) recai no item 1 “Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto”

Todavia estes itens encontram-se associados a outros itens conforme podemos observar na segunda metade da tabela, mas dada a dispersão encontrada, a mesma não é objeto de análise estatística.

**Tabela 73** – Percentagem e resposta na escala do risco (critérios de diagnóstico)

	Variáveis	Nº	%
1	Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto	113	10.5
2	Quis fazer mal a si próprio	19	1.8
3	Pensou em suicidar-se	11	1.0
4	Pensou numa maneira de se suicidar	3	0.3
5	Tentou o suicídio	1	0.1
6	Nunca pensou nisso	891	83.0
7	2+4	2	0.2
8	1+2	7	0.7
9	1+4	5	0.5
10	1+2+3	2	0.2
11	1+3	6	0.6
12	1+3+4	7	0.7
13	1+2+3+4	6	0.6
14	3+4	1	0.1
	<b>Total</b>	<b>1074</b>	<b>100.0</b>

Face ao exposto procuramos conciliar numa tabela a totalidade de respostas obtidas em cada um dos critérios. Excluindo os que nunca pensaram em suicidar-se, continuamos a verificar que a maior percentagem (13.6%) é obtida no item 1 “Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto” seguida pelos itens 2 “*Quis fazer mal a si próprio*” e 3 “*pensou em suicidar-se*” com percentuais similares (3.4% e 3.1%) respectivamente. Os restantes percentuais não são expressivos

**Tabela 74** – Número e percentagens de resposta aos itens do critério de diagnóstico

	Variáveis	Nº	%
1	Pensou que seria melhor estar morto ou desejou estar morto	146	13.6
2	Quis fazer mal a si próprio	36	3.4
3	Pensou em suicidar-se	33	3.1
4	Pensou numa maneira de se suicidar	24	2.2
5	Tentou o suicídio	2	0.2
6	Nunca pensou nisso	891	83.0

Questionamos ainda os estudantes se ao longo da vida já fizeram alguma tentativa de suicídio. A tabela consigna os resultados obtidos e como verificamos 93.5% da totalidade da amostra não efetuou tentativa de suicídio, mas é preocupante o percentual de estudantes (6,5%), que respondeu afirmativamente com valores percentuais similares para ambos os sexos (6.9% vs 6.5%).

**Tabela 75** – Tentativa de suicídio ao longo da vida em função do sexo

Sexo Classificação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Sim	26	6.9	44	6.3	70	6.5	0.3	-0.3
Não	353	93.1	651	93.7	1004	93.5	-0.3	0.3
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

Foi com base nestes critérios e tendo em consideração a classificação adotada pelo autor, que procedemos à determinação da prevalência do risco de suicídio. Apuramos que 83.0% da amostra foi classificada como não tendo risco de suicido e 17% com risco de suicídio. Destes, a prevalência de risco ligeiro é de 12.9%, sendo mais frequente entre os rapazes que nas raparigas (13.2% vs 12.8%). A prevalência de risco moderado é de 1.8% com maior incidência nos rapazes (2.6%) e a de risco elevado é de 2.3% sendo mais frequente nas



raparigas com 2.6%. O teste de qui quadrado não revela significância estatística entre grupos ( $\chi^2=3.141$ ;  $p= 0.370$ ).

**Tabela 76 – Classificação do risco de suicídio em função do sexo**

Sexo Classificação	Masculino		Feminino		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	Mas.	Fem.
Sem risco	312	82.3	579	83.3	891	83.0	-0.4	0.4
Risco ligeiro	50	13.2	89	12.8	139	12.9	0.2	-0.2
Risco moderado	10	2.6	9	1.3	19	1.8	1.6	-1.6
Risco elevado	7	1.8	18	2.6	25	2.3	-0.8	0.8
Total	379	100.0	695	100.0	1074	100.0		

Para os estudantes que apresentam risco de suicídio, procuramos analisar o tipo de associação existente com as variáveis sexo, idade, escola, ano de curso e desempenho académico.

Em relação ao sexo, observamos que o risco ligeiro e o elevado recaem sobretudo no sexo feminino (64.0% vs 72.0%) e o risco médio no masculino com 52.6% sem significância estatística entre grupos ( $\chi^2=2.925$ ;  $p= 0.232$ ).

Para a idade, a maior prevalência de risco de suicídio ocorre entre os estudantes dos 22 a 25 com 31.7%, sendo que destes 33.1% têm risco ligeiro e 40.0% risco elevado. O risco médio de suicídio (36.8%) observa-se nos estudantes com idades superiores a 25 anos. Pelo teste de qui quadrado não se verificam diferenças entre grupos ( $\chi^2= 9.159$ ;  $p= 0.165$ ) mas os resíduos ajustado indicam a existência de diferenças entre os estudantes com risco médio de suicídio e com mais de 25 anos.

Quanto à unidade orgânica notamos que os estudantes da escola Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Viseu são os que apresentam os maiores valores percentuais de risco ligeiro (38.8%) médio (42.1%) e elevado (32.0%) e ao invés é entre os estudantes da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego que encontramos os valores percentuais mais baixos. Contudo, as diferenças não são significativas conforme resultado do teste de qui quadrado ( $\chi^2=4.759$ ;  $p= 0.783$ ).

Em relação ao ano de licenciatura o maior risco ligeiro e médio de suicídio verifica-se os estudantes do 1º ano com 38.1% e 47.4% respectivamente, mas o risco mais elevado ocorre nos do 2º ano com 40.0%. O menor risco de suicídio é

observado nos estudantes do quarto ano O teste de qui quadrado não revela significâncias estatísticas ( $\chi^2=6.280$ ;  $p= 0.393$ ).

Da comparação do risco de suicido com o desempenho académico ressalta que são os alunos que nunca reprovaram que tendem para maior risco de suicídio ligeiro (61.9%) médio (68.4%) e elevado (56.0%) mas as diferenças entre grupos não são significativas ( $\chi^2= 0.709$ ;  $p= 0.702$ ).

**Tabela 77** - Tipo de risco de suicídio e variáveis socio demográficas e académicas

Sexo Variáveis	Risco ligeiro (1)		Risco moderado (2)		Risco elevado (3)		Total		Residuais		
	N (139)	% (76.0)	N (19)	% (10.4)	N (25)	% (13.7)	Nº (1074)	% (100.0)	1vs2	1vs3	2vs3
<b>Sexo</b>											
Masculino	50	36.0	10	52.6	7	28.0	67	36.6	-0.3	1.5	-1.0
Feminino	89	64.0	9	47.4	18	72.0	116	63.4	0.3	-1.5	1.0
<b>Idade</b>											
≤ 19	31	22.3	5	26.3	2	8.0	38	20.8	0.9	0.6	-1.7
20-21	38	27.3	5	26.3	8	32.0	51	27.9	-0.3	-0.2	0.5
22 – 25	46	33.1	2	10.5	10	40.0	58	31.7	0.7	-2.1	1.0
≥ 26	24	17.3	7	36.8	5	20.0	36	19.7	-1.5	2.0	1.0
<b>Escola</b>											
ESAV	18	12.9	5	26.3	3	12.0	26	14.2	-0.9	1.6	-0.3
ESEV	20	14.4	2	10.5	4	16.0	26	14.2	0.1	-0.5	0.3
ESSV	35	25.2	2	10.5	7	28.0	44	24.0	0.6	-1.5	0.5
ESTGL	12	8.6	2	10.5	3	12.0	17	9.3	-0.5	0.2	0.5
ESTGV	54	38.8	8	42.1	8	32.0	70	38.3	0.3	0.4	-0.7
<b>Ano curso</b>											
1º	53	38.1	9	47.4	5	20.0	67	36.6	0.8	1.0	-1.9
2º	35	25.2	6	31.6	10	40.0	51	27.9	-1.4	0.4	1.5
3º	43	30.9	4	21.1	8	32.0	55	30.1	0.5	-0.9	0.2
4º	8	5.8	-	0.0	2	8.0	10	5.5	0.3	-1.1	0.6
<b>Reprovações</b>											
Não	86	61.9	13	68.4	14	56.0	113	61.7	0.1	0.6	-0.6
Sim	53	38.1	6	31.6	11	44.0	70	38.3	-0.1	-0.6	0.6

### 2.1.10 Ideação suicida

Como foi referido no capítulo da metodologia, a ocorrência de pensamentos suicidas foi avaliada através do Questionário de Ideação Suicida, (QIS) que permite analisar a gravidade dos pensamentos suicidas em adolescentes e adultos, oscilando a pontuação dos 30 itens que o constituem entre 0 e 180.

As estatísticas da ideação suicida no nosso estudo (cf. Tabela 78), revelam um valor mínimo de 0 e um máximo de 179, sendo a média de 13.84 ( $\pm 20.29$  dp) com um intervalo de confiança a 95% situada entre 12.63 e 15.05 e um erro padrão de estimação de 0.619. No sexo masculino o valor mínimo e máximo oscila entre 0 e 144, enquanto no feminino entre 0 e 179 com índices médios superiores nas raparigas (média= 14.75  $\pm 20.55$  dp) do que nos rapazes (média=

12.18  $\pm$  19.72 dp). Ferreira & Castela (1999), no estudo de validação da escala para a população geral, encontrou para os homens um valor médio aproximado ao do nosso estudo (Média= 13.86  $\pm$  17.81), não sendo significativa a diferença ( $t = -1.653$ ;  $p = 0.099$ ) e ligeiramente superiores nas mulheres (média= 20.04  $\pm$  25.65), expressando significâncias estatísticas ( $t = -6.786$ ;  $p = 0.000$ ).

**Tabela 78 - Estatística relativa à ideação suicida**

Variáveis	Min	Max	Média	Dp	cv	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Masculino	0	144	12.18	19.72	161.90	26.01	49.95	0.000
Feminino	0	179	14.75	20.55	139.32	32.15	68.31	0.000
Total	0	179	13.84	20.29	146.60	40.84	83.73	0.000

Para a interpretação dos resultados do Questionário de Ideação Suicida, utilizou-se o score 41 como ponto de corte para a discriminação dos estudantes em potencial risco suicida. Tendo este valor como referência, dos 1074 inquiridos, constatamos que 92.2% não apresentam risco suicida e 7.8% potencial risco suicida.

**Tabela 79 - Classificação do potencial risco suicida**

Variáveis	Nº	%
Sem risco potencial	990	92.2
Com risco potencial	84	7.8
Total	1074	100.0

A tabela 80 analisa a relação entre o risco de ideação suicida e as variáveis sociodemográficas. Numa análise breve aos resultados obtidos, diremos que os estudantes com potencial risco de suicídio distribuem da seguinte forma: são do sexo feminino (8.3%), têm idade inferior a 19 anos (9.6) ou superior ou igual a 26 anos (9.1%), habitam em zona rural (8.0%), são casados ou vivem em união de fato (8.1) ou então vivem sozinhos (9.8%). Pelos resíduos ajustados, denotamos que as diferenças entre grupos não são estatisticamente significativas.

**Tabela 80 - Ideação suicida e variáveis socio demográficas**

Variáveis	Sexo	Sem risco potencial (1)		Com risco potencial (2)		Total		Residuais	
		N (990)	% (92.2)	N (84)	% (7.8)	Nº (1074)	% (100.0)	1	2
Sexo									
	Masculino	353	93.1	26	6.9	379	35.3	0.9	-0.9
	Feminino	637	91.7	58	8.3	695	64.7	-0.9	0.9
Idade									
	≤ 19	197	90.4	21	9.6	218	20.3	-1.1	1.1
	20-21	277	93.9	18	6.1	295	27.5	1.3	-1.3
	22 – 25	265	93.0	20	7.0	285	26.5	0.6	-0.6
	≥ 26	251	90.9	25	9.1	276	25.7	-0.9	0.9
Local de residência									
	Rural	438	92.0	38	8.0	476	44.3	-0.2	0.2
	Urbana	552	92.3	46	7.7	598	55.7	0.2	-0.2
Estado civil									
	Casado/união fato	137	91.9	12	8.1	149	13.9	-0.1	0.1
	Solteiro/divorciado	853	92.2	72	7.8	925	86.1	0.1	-0.1
Coabitação									
	Família	468	92.3	39	7.7	507	47.2	0.1	-0.1
	Sozinho	83	90.2	9	9.8	92	8.6	-0.7	0.7
	Amigos	414	92.4	34	7.6	448	41.7	0.2	-0.2
	Outros	25	92.6	2	7.4	27	2.5	0.1	-0.1

De igual modo, procuramos analisar a relação entre o risco de ideação suicida e as variáveis académicas. Na análise aos resultados apresentados na tabela 81 notamos que os estudantes com risco potencial se distribuem maioritariamente pela escola superior agrária (10.7%), cursam o primeiro ano (9.4%), já reprovaram alguma vez (9.7%) o que demonstra terem um fraco desempenho académico; frequentam o curso não pretendido (11.8) e que não corresponde às suas expectativas (12.2%).

**Tabela 81 - Ideação suicida e variáveis académicas**

Variáveis	Sexo	Sem risco potencial (1)		Com risco potencial (2)		Total		Residuais	
		N (990)	% (92.2)	N (84)	% (7.8)	Nº (1074)	% (100.0)	1	2
Unidade Orgânica									
ESAV		134	89,3	16	10,7	150	14,0	-1,4	1,4
ESEV		134	97,1	4	2,9	138	12,8	2,3	-2,3
ESSV		234	92,1	20	7,9	254	23,6	0,0	0,0
ESTGL		91	91,0	9	9,0	100	9,3	-0,5	0,5
ESTGV		397	91,9	35	8,1	432	40,2	-0,3	0,3
Ano do curso									
1º		326	90,6	34	9,4	360	33,5	-1,4	1,4
2º		296	92,2	25	7,8	321	29,9	0,0	0,0
3º		315	94,0	20	6,0	335	31,2	1,5	-1,5
4º		53	91,4	5	8,6	58	5,4	-0,2	0,2
Reprovações									
Não		589	93,5	41	6,5	630	58,7	1,9	-1,9
Sim		401	90,3	43	9,7	444	41,3	-1,9	1,9
Freq. curso pretendido									
Não		112	88,2	15	11,8	127	11,8	-1,8	1,8
Sim		878	92,7	69	7,3	947	88,2	1,8	-1,8
Expectativas do curso									
Não		215	87,8	30	12,2	245	22,8	-2,9	2,9
Sim		775	93,5	54	6,5	829	77,2	2,9	-2,9

Os resultados da tabela 82, vão de encontro ou que seria expectável quando estudamos a relação entre ideação suicida e comportamentos aditivos, uma vez que o risco potencial de suicídio é mais elevado nos estudantes que admitiram algum tipo de comportamentos aditivos como consumo de tabaco (10.4%) e consumo de drogas (11.0%). Para o consumo de medicamentos o percentual de estudantes com potencial risco de suicídio é quase o dobro nos estudantes que consomem (11.4) quando comparados com os estudantes que não consomem (5.9). Sendo também significativa a diferença (residual= 3.2)

**Tabela 82 - Ideação suicida e comportamentos aditivos**

Variáveis	Sexo	Sem risco potencial (1)		Com risco potencial (2)		Total		Residuais	
		N (990)	% (92.2)	N (84)	% (7.8)	Nº (1074)	% (100.0)	1	2
Hábitos tabágicos									
Não		765	93.0	58	7.0	823	76.6	1.7	-1.7
Sim		225	89.6	26	10.4	251	23.4	-1.7	1.7
Hábitos alcoólicos									
Não		569	91.6	52	8.4	621	57.8	-0.8	0.8
Sim		421	92.9	32	7.1	453	42.2	0.8	-0.8
Consumo de droga									
Não		722	93.4	51	6.6	773	72.0	2.4	-2.4
Sim		268	89.0	33	11.0	301	28.0	-2.4	2.4
Consumo de medicamentos									
Não		665	94.1	42	5.9	707	65.8	3.2	-3.2
Sim		325	88.6	42	11.4	367	34.2	-3.2	3.2

Da comparação entre alguns indicadores clínicos e risco aumentado de suicídio, observamos (cf. Tabela 83), que os estudantes com maior risco potencial de suicídio têm história de doenças psiquiátricas na família (12.7%), fizeram consultas de psiquiatria (14.4%). Os resultados mostram também que o risco é mais elevado naqueles que já fizeram algum tipo de medicação psiquiátrica (17.6%) ou fazem atualmente esse tipo de medicação (24.7%). Pelos resíduos ajustados verificamos que em todas as variáveis em estudo se encontram significâncias estatísticas entre os grupos em estudo, uma vez que os valores residuais são superiores a 2.0.

**Tabela 83 – Ideação suicida e aspetos clínicos**

Variáveis	Sexo	Sem risco potencial (1)		Com risco potencial (2)		Total		Residuais	
		N (990)	% (92.2)	N (84)	% (7.8)	Nº (1074)	% (100.0)	1	2
Historia familiar psiquiátrica									
Não		812	93.3	58	6.7	870	81.0	2.9	-2.9
Sim		178	87.3	26	12.7	204	19.0	-2.9	2.9
Consulta de psiquiatria									
Não		764	94.3	46	5.7	810	75.4	4.6	-4.6
Sim		226	85.6	38	14.4	264	24.6	-4.6	4.6
Internamento psiquiátrico									
Não		983	92.4	81	7.6	1064	99.1	2.6	-2.6
Sim		7	70.0	3	30.0	10	0.9	-2.6	2.6
Fez medicação psiquiátrica									
Não		831	94.3	50	5.7	881	82.0	5.6	-5.6
Sim		159	82.4	34	17.6	193	18.0	-5.6	5.6
Atual Faz medicação psiq.									
Não		935	93.4	66	6.6	1001	93.2	5.5	-5.5
Sim		55	75.3	18	24.7	73	6.8	-5.5	5.5

Na tabela 84 encontram-se os resultados dos padrões de vinculação com o risco potencial de suicídio. Notamos que as maiores percentagens se encontram nos estudantes com padrões de vinculação considerados inseguros: amedrontados (26.4%) e preocupados com 16.3%. Acresce referir que os classificados como seguros são os que revelam menor risco de ideação suicida (2.9%). O teste qui quadrado apresenta significância estatística ( $\chi^2 = 87.520$ ;  $p = 0.000$ ) e pelos resíduos ajustados verificamos que as diferenças se situam entre os seguros e sem risco de ideação suicida (residual = 8.1), os preocupados (residual = 3.7) e amedrontados (residual = 7.5) com ideação suicida.

**Tabela 84 – Relação entre padrão de vinculação em função do risco de ideação suicida**

Classificação	Sexo	Sem risco (1)		Com risco (2)		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	1	2
Seguros		670	97.1	20	2.9	690	64.2	8.1	-8.1
Preocupados		103	83.7	20	16.3	123	11.5	-3.7	3.7
Desligados		61	89.7	7	10.3	68	6.3	-0.8	0.8
Amedrontados		78	73.6	28	26.4	106	9.9	-7.5	7.5
Não classificados		78	89.7	9	10.3	87	8.1	-0.9	0.9
Total		990	92.2	84	7.8	1074	100.0		

Na tabela 85 comparamos os resultados obtidos através da escala de ideação suicida (QIS) e na escala de risco de suicídio. Consideramos apenas os estudantes classificados com risco de suicídio, segundo os critérios de diagnóstico. Observamos que para os estudantes com risco de ideação suicida, cerca de 8 em 10 apresentam risco ligeiro de suicídio, e 14,4% risco elevado. Nos

estudantes sem risco de ideação suicida 62,5% apresentam risco ligeiro de suicídio e 31.3% risco médio, sendo que o risco elevado ocorre em 6.3% dos estudantes. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas ( $\chi^2=8.476$ ;  $p=0.014$ ).

**Tabela 85 - Relação entre risco de suicídio e ideação suicida**

Sexo Risco suicídio	Com risco (1)		Sem risco (2)		Total		Residuais	
	N	%	N	%	N	%	1	2
Risco ligeiro	129	77.2	10	62.5	139	76.0	1.3	-1.3
Risco médio	14	8.4	5	31.3	19	10.4	-2.9	2.9
Risco elevado	24	14.4	1	6.3	25	13.7	0.9	-0.9
Total	167	100.0	16	100.0	183	100.0		

Analizamos em separado as respostas dos estudantes relativas às questões 2 e 3 do questionário de ideação suicida que traduzem os pensamentos e os planos suicidários. Não tivemos em linha de apreciação a opção de resposta 1 “*pensei nisto mas não no último mês*” e associamos as opções de resposta 2 e 3 que traduzem os pensamentos e planos ocorridos no último mês e as opções de resposta 4 e 5 que reflectem os pensamentos e planos na última semana. Os resultados expressos na tabela 86 mostram que 93,9% vs 92.2% dos estudantes do sexo masculino e 94.3% vs 94,7% do feminino não revelaram pensamentos nem planos suicidários. O percentual de estudantes com pensamentos e planos suicidários no último mês foi de 4.8% vs 6.2% nos rapazes e de 4.0% vs 4.2% nas raparigas. Quando a questão se reporta à última semana o percentual diminui substancialmente sendo de 1.3% vs 1.2% para os rapazes e de 1.3% vs 0.9% nas raparigas. São insignificantes as percentagens obtidas nos que responderam que pensamentos e planos suicidários estavam presentes todos os dias. Pelos resíduos ajustados não encontramos significâncias estatísticas.

Comparando os resultados assim obtidos com os apresentados nas tabelas 73 e 74 respeitantes ao potencial risco de suicídio, verifica-se que os valores percentuais são muito aproximados em ambos os instrumentos de medida utilizados tanto para os pensamentos como para os planos suicidários

**Tabela 86 – Pensamento e plano suicidários nos estudantes**

Variáveis	Sexo	Masculino (1)		Feminino (2)		Total		Residuais	
		N	%	N	%	N	%	1	2
Pensamentos									
Nunca penso		293	93.9	515	94.3	808	94.2	-0.2	0.2
Pensou último mês		15	4.8	22	4.0	37	4.3	0.5	-0.5
Penso ultima semana		4	1.3	7	1.3	11	1.3	0.0	0.0
Pensa todos os dias		-	0.0	2	0.2	2	0.2	-1.1	1.1
Total		312	100.0	546	100.0	858	100.0		
Planos suicidários									
Nunca penso		296	92.2	539	94.7	835	93.8	1.5	1.5
Pensou último mês		20	6.2	24	4.2	44	4.9	1.3	-1.3
Penso ultima semana		4	1.2	5	0.9	9	1.0	0.5	-0.5
Pensa todos os dias		1	0.3	1	0.2	2	0.2	0.4	-0.5
Total		321	100.0	569	100.0	858	100.0		

### Em síntese:

Os dados obtidos a partir da escala de ideação suicida, mostram que a gravidade de pensamentos suicidas na amostra é baixa ( $\bar{x} = 13.84$ ;  $\pm 20.29$  dp). Os estudantes do sexo feminino apresentam valores ligeiramente superiores ( $\bar{x} = 14.75$ ,  $\pm 20.55$  dp) em relação aos rapazes ( $\bar{x} = 12.18$ ,  $\pm 19.73$  dp) com significância estatística entre os grupos ( $t = -1.982$ ,  $p = 0.048$ ).

Considerando o *ponto de corte* ( $>41$ ) preconizado pelos autores foram encontrados na amostra 84 estudantes (7,8%) com nível de ideação suicida grave e *potencial risco de suicídio*.

Os critérios de diagnóstico da escala de risco de suicídio permitiram-nos determinar que 17% dos estudantes apresentam algum tipo de risco, distribuído da seguinte forma: Risco ligeiro (12.9%), risco moderado (1.8%) e risco elevado (2.3%) sendo mais frequente nas raparigas. O teste de qui quadrado não revela significância estatística entre grupos ( $\chi^2 = 3.141$ ;  $p = 0.370$ ).

O percentual de estudantes com pensamentos e planos suicidários no último mês foi de 4.8% vs 6.2% nos rapazes e de 4.0% vs 4.2% nas raparigas. Quando a questão se reporta à última semana o percentual diminui substancialmente sendo de 1.3% vs 1.2% para os rapazes e de 1.3% vs 0.9% nas raparigas.

Um percentual de 6,5% dos estudantes admitiu já ter feito alguma tentativa de suicídio longo da vida.



## 2.2 ANÁLISE INFERENCIAL

Na primeira parte deste capítulo, efetuámos a análise descritiva das variáveis em estudo. A segunda parte é dedicada à análise inferencial com a qual procuramos avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes, com a variável dependente ideação suicida, no sentido de dar resposta às questões de investigação orientadoras deste estudo.

A primeira questão de investigação procurava determinar a prevalência de ideação suicida nos estudantes do ensino superior. Observamos em 7,8% da totalidade dos inquiridos ideação suicida sugestiva de psicopatologia e risco de suicídio.

Uma vez que a variável endógena, se mostrou com elevados valores de assimetria e curtose, efetuámos inicialmente a sua transformação matemática através do log10, por forma a normalizar as distribuições e assim evitar a violação dos pressupostos de normalidade da homogeneidade e variâncias. Essa transformação não produziu o efeito desejado, pelo que optamos pela utilização da variável original, o que vai de encontro ao referido por Marôco (2011) quando afirma que em ciências sociais e humanas esta solução é preferida.

A segunda questão de investigação pretendia identificar as variáveis sociodemográficas e académicas com influência na ideação suicida nos estudantes do Instituto Superior Politécnico de Viseu?

### 2.2.1 Variáveis sociodemográficas e ideação suicida

#### **Relação entre sexo, residência, estado civil, idade e coabitação e ideação suicida**

Para analisar esta questão recorreremos ao teste t de Student cujos resultados apresentados na tabela 87, revelam que o sexo feminino apresenta um maior índice médio, consentâneo com maior ideação suicida que os do sexo masculino. Assumindo a igualdade de variância, verificamos que as diferenças são estatisticamente significativas ( $p= 0.048$ ) que nos permite afirmar que existe

relação entre as variáveis em estudo. Contudo a magnitude de efeito, “**effect size**” que descreve a grandeza do resultado e que não é afetado pelo tamanho da amostra é fraco ( $d=0.11$ ). Este valor traduz uma potência de teste baixa, isto é a probabilidade de cometer um erro tipo 2 ou aceitar um erro tipo 1 é de cerca de 50.0%.

O local e a mudança de residência também são apontados como um fator de risco de suicídio pois poderá ser considerado como um acontecimento de vida negativo. No nosso estudo, verificamos que um nível mais elevado de ideação suicida ocorre entre os estudantes residentes da zona rural (média=  $14.74 \pm 22.77$ dp) quando comparados com os da zona urbana (média=  $13.14 \pm 18.06$  dp), mas o valor de  $t$  não é significativo, ainda que as variâncias sejam homogenias. A probabilidade de cometer um erro tipo 2 é de 75% e a magnitude do efeito expressa um valor fraco.

**Tabela 87** - Teste  $t$  de Student entre sexo e ideação suicida

Sexo	Média	Dp	Levene's (p)	$t$	p	Potência de teste ( $\pi$ )	Magnitude efeito (d)
<b>Sexo</b>							
Masculino	12.184	19.729	0.084	-1.982	0.048	50.8	0.11
Feminino	14.749	20.551					
<b>Residência</b>							
Rural	14.74	22.77	0.076	1.28	0.199	25.0	0.05
Urbana	13.14	18.06					

Estudos epidemiológicos revelam variações na incidência de suicídio em função da idade. Para o estudo da relação entre a ideação suicida e grupos etários recorreremos a uma análise de variância.

Os resultados expressos na tabela 88, indicam que o grupo com maior tendência para a ideação suicida, tem idade inferior ou igual a 19 anos, seguido dos estudantes mais velhos (idade  $\geq 26$  anos). Todavia, as diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas ( $f= 0.991$ ;  $p= 0.396$ ) o que retira força à possibilidade da idade influenciar a ideação suicida. A percentagem de variância explicada é fraca (0.3%) bem como a magnitude do efeito, o que traduz uma potência de teste de apenas 27.1%, sendo que a probabilidade de cometer um erro tipo 2, é de cerca de 73%.

**Tabela 88** – Análise de variância a um fator entre grupos etários e a ideação suicida

Grupos etários	Média	Dp	f	p	%VE	$\pi$	d
$\leq 19$	15.81	22.61	0.991	0.396	0.3	27.1	0.09
20-21	13.56	19.07					
22-25	12.72	17.85					
$\geq 26$	13.75	21.92					

O estado civil surge na maioria dos estudos como um dos fatores de risco associado à ideação suicida, conotando o risco suicida como mais elevado entre os solteiros e divorciados, ou seja, os que não vivem maritalmente.

Para analisar esta questão, recorreu-se, ao teste de U Mann Whitney, uma vez que a dimensão dos grupos é superior a 1.5, havendo, portanto, violação da homogeneidade dos grupos. Inseridos na tabela 89, encontram-se os valores obtidos, que nos permitem inferir que a ideação suicida é maior nos solteiros/divorciados que nos casados/união de facto, como se pode comprovar pela ordenação das suas médias com significância estatística. O coeficiente bisserial por ordens de Glass “*Glass rank bisserial correlation*” indica-nos a existência de uma associação negativa fraca ( $r=-0.139$ ).

**Tabela 89** - Teste de U Mann Whitney entre estado civil e Ideação suicida

Estado civil	Ordenação de médias	U	p	$\pi$
Casado\ união de facto	473.12	59320.00	0.006	
Solteiro\divorciado	547.87			

Quanto à coabitação (cf. Tabela 90), o recurso ao teste de Kruskal-Wallis. Indica que os estudantes que coabitam sozinhos, são os que revelam maior ideação suicida, seguidos pelos que coabitam com colegas/amigos. O resultado do teste qui-quadrado ( $X^2 = 8.926$ ;  $p= 0.030$ ) é significativo, deduzindo-se assim que coabitação influencia a ideação suicida. Pelo teste post hoc de Tukey registamos que dentro dos grupos apenas se regista significância marginal entre os estudantes que coabitam com a família e sozinhos ( $p= 0.058$ ). Todavia a potência do teste, é boa ao situar-se nos 70.8%, isto é a probabilidade de cometer um erro tipo 2 é de cerca de 30.0%.

**Tabela 90** - Teste de Kruskal Wallis entre ideação suicida e coabitação

Coabitação	OM	X <sup>2</sup>	p	π
Família	520.94	8.926	0.030	70.8
Sozinho	609.03			
Colegas\amigos	546.81			
Outros	450.17			

## 2.2.2 Variáveis académicas e risco de ideação suicida

### Relação entre escola, ano de curso, desempenho académico, frequência do curso e expectativas face ao curso e risco de ideação suicida

Procurámos analisar o tipo de relação existente entre as variáveis académicas e a ideação suicida. A tabela 91 contempla os resultados relativos à escola e ano de curso. No que se refere à escola que os estudantes frequentam os resultados indicam que são os da escola superior de educação de Viseu que manifestam uma maior ideação suicida, secundados pelos estudantes da escola agrária. Já os que evidenciam menor ideação suicida são os da escola de saúde. Contudo entre os grupos não há provas de significâncias estatísticas inferindo-se assim que a ideação suicida é independente da escola superior que os estudantes frequentam. Pela potência do teste, denotamos que a probabilidade de cometer um erro tipo 2 é de 62,0%.

Quanto ao ano do curso pelas ordenações médias, constatamos que os estudantes que frequentam o primeiro ano de curso, são os que apresentam maior ideação suicida e os do quarto ano os de menor tendência mas sem significância estatística, podendo assim dizer-se que não há relação entre o ano de licenciatura e a ideação suicida, razão pela qual a potência do teste (22.1%) é bastante baixa.

**Tabela 91** - Teste de Kruskal Wallis entre unidade orgânica/ano de curso e ideação suicida

Variáveis	OM	X <sup>2</sup>	p	π
<b>Escola</b>				
ESAV	569.30	4.799	0.309	38.0
ESEV	570.73			
ESSV	518.67			
ESTGL	514.38			
ESTGV	532.27			
<b>Ano licenciatura</b>				
1º ano	550.02	2.366	0.500	22.1
2º ano	541.00			
3º ano	529.28			
4º ano	487.76			

Em relação ao desempenho académico, apuramos (cf. Tabela 92) que a ideação é mais elevada nos estudantes que admitiram a existência de reprovações (média= 15.80 ± 23.33) do que nos que não reprovaram (média= 12.47±17.72 dp). Não assumindo igualdade de variâncias conforme probabilidade do teste de Levene as diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas isto é o desempenho académico tem influência na ideação suicida. Anota-se ainda que apesar da magnitude do efeito ser classificada de fraca, a potência do teste revela-se alta.

**Tabela 92** - Teste t de Student entre desempenho académico e ideação suicida

Reprovações	Média	Dp	Levene's (p)	t	p	Potencia de teste (π)	Magnitude efeito (d)
Não	12.47	17.72	0.002	-2.534	0.011	75.6	0.21
Sim	15.80	23.33					

Para a frequência do curso pretendido e expectativas face ao mesmo, os resultados da tabela 93, revelam significâncias estatísticas em ambas as variáveis e com potências de teste de 99.8% e 100% respectivamente. Numa análise mais pormenorizada, inferimos que os estudantes que não frequentam o curso pretendido e que não corresponde às suas expectativas são os que revelam maior ideação suicida. A correlação bisserial de glass de 0,25 e 0,28 respectivamente pode classificar-se de baixa.

**Tabela 93** - Teste de U Mann Whitney entre frequência do curso e expectativas sobre o curso e ideação suicida.

Variáveis	OM	U	p	π
<b>Frequência curso pretendido</b>				
Não	659.56	44633.00	0.000	99.8
Sim	521.13			
<b>Expectativas com o curso</b>				
Não	656.07	72504.00	0.000	100.0
Sim	502.46			

### 2.2.3 - Relação entre comportamentos aditivos e ideação suicida

A terceira questão procurava saber quais os comportamentos aditivos (consumo de tabaco, álcool e outras drogas) que mais se associam à ideação suicida.

#### Relação entre comportamentos aditivos e risco de ideação suicida

No Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 da Direção Geral de Saúde é referido que “as perturbações psiquiátricas mais prevalentes associadas ao suicídio e comportamentos suicidas não fatais, incluem a depressão, sendo a comorbilidade, com abuso de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas, um fator de risco acrescido. Desta forma, procuramos determinar de que modo, os comportamentos aditivos nomeadamente consumo de tabaco, álcool, drogas e medicação influenciam a ideação suicida.

Analizando os resultados da tabela 94 sobressai que os estudantes que possuem comportamentos aditivos, apresentam maior risco de ideação suicida, embora se denotem significâncias estatísticas apenas nos que consomem droga e medicação, com potências de teste para estas variáveis superiores a 90%. Do nosso ponto de vista são preocupantes estes resultados pois é sabido que a ingestão de drogas e medicamentos em excesso representa uma das formas mais frequentes de suicídio.

**Tabela 94** - Teste de U Mann Whitney para o estudo da relação entre comportamentos aditivos e ideação suicida.

Variáveis	OM	U	p	π
<b>Hábitos tabágicos</b>				
Não	527.58	95124.50	0.057	47.7
Sim	570.02			
<b>Bebidas alcoólicas</b>				
Não	532.02	137253.50	0.497	10.4
Sim	545.01			
<b>Consumo droga</b>				
Não	510.45	95427.00	0.000	99.6
Sim	606.97			
<b>Consumo de medicação</b>				
Não	496.54	10776.00	0.000	100.0
Sim	616.41			

## 2.2.4 - Relação entre variáveis clínicas e ideação suicida

### Relação entre variáveis de contexto clínico e risco de ideação suicida

A literatura refere que a perturbação psiquiátrica e a história familiar de suicídio, se encontram fortemente associadas a comportamentos suicidários. Daí a nossa preocupação em procurar determinar a relação existente entre história familiar psiquiátrica, frequência de consultas de psiquiatria, internamentos psiquiátricos e toma de psicofármacos e o risco de ideação suicida. Os resultados do nosso estudo insertos na tabela 95 evidenciam este pressuposto ao visualizar-se que são os estudantes com história psiquiátrica ou com história familiar de doença que manifestam maior risco de ideação suicida. As diferenças entre grupos são estatisticamente significativas e com potências de teste superiores a 80.0%, isto é a probabilidade de cometer um erro tipo 2 oscila entre os 0,0% na toma de medicação e 17,6% na história familiar de doença psiquiátrica.

**Tabela 95** - Teste de U Mann Whitney para o estudo da relação entre variáveis de contexto clínico e ideação suicida.

Variáveis	OM	U	p	π
<b>Historia familiar psiquiátrica</b>				
Não	524.31	77265.50	0.004	82.4
Sim	593.75			
<b>Consulta de psiquiatria</b>				
Não	496.24	73499.00	0.000	100.0
Sim	664.09			
<b>Internamento psiquiátrico</b>				
Não	534.46	2082.50	0.001	91.6
Sim	861.25			
<b>Toma medicação psiquiátrica</b>				
Não	504.78	56187.50	0.000	100.0
Sim	686.87			
<b>Toma medicação psiq. actual</b>				
Não	521.69	20410.00	0.000	100.0
Sim	754.30			

### 2.2.5 - Relação entre variáveis psicossociais (Autoconceito, Suporte social/Familiar, Padrões de vinculação, ansiedade depressão e stress e Acontecimentos de vida) e ideação suicida

Para dar resposta à questão “Que variáveis psicossociais (Suporte social/Familiar, Padrões de vinculação, Autoconceito e Acontecimentos de vida) possuem valor preditivo para a ideação suicida?” optamos pela realização de regressões múltiplas. Este método consiste num conjunto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações e predizer o valor de uma variável dependente, a partir de um conjunto de variáveis independentes ou preditoras (Marôco, 2011)

Como método de estimação optamos pelo método de Stepwise (passo a passo) que produz tantos modelos quantos os necessários até conseguir determinar as variáveis que são preditoras da variável dependente.

#### Relação entre autoconceito e risco de ideação suicida

Estudamos em primeiro lugar a relação entre o auto-conceito e a ideação suicida. Os valores correlacionais (cf. Tabela 96), entre as diferentes subescalas do autoconceito e a variável dependente ideação suicida são negativas o que nos



permite afirmar que quanto menor o autoconceito nas suas diferentes vertentes, maior o risco de ideação suicida, oscilando entre o ínfimo ( $r = -0.058$ ) na impulsividade e o razoável ( $-0.312$ ) na auto-eficácia.

**Tabela 96** - Correlações de Pearson entre a ideação suicida e os fatores do autoconceito

Fatores	r	p
Fator 1- Aceitação/ rejeição	-0.265	0.000
Fator 2- Auto-eficácia	-0.312	0.000
Fator 3- Maturidade psicológica	-0.166	0.000
Fator 4- Impulsividade	-0.058	0.028
Fator Autoconceito global	-0.303	0.000

Neste modelo de regressão, foram três as variáveis que se configuraram como preditoras. No primeiro passo a variável a entrar no modelo de regressão, foi o fator 2 (auto-eficácia), porquanto é o que apresenta um maior coeficiente de correlação em termos absolutos com a ideação suicida, explicando 9.7% da sua variabilidade com um erro padrão de regressão de 19.291, correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da ideação suicida.

O segundo passo originou o acesso do fator 1 (aceitação/rejeição). Estas duas variáveis passaram a explicar no seu conjunto 11.2% da ideação suicida, tendo o erro estimado diminuído, ligeiramente, para 19.119. No terceiro e último passo cujos resultados se apresentam no quadro 8, observamos que se associou o fator 4 (impulsividade). A correlação que estas três variáveis estabelecem com a Ideação Suicida é moderada ( $r = 0.359$ ), e a percentagem de variância explicada passou a ser de 12.7% com um erro de estimação de 18.965.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre os fatores em estudo. O valor de t, ao apresentar-se com significância estatística, permite inferir que as variáveis que entraram no modelo de regressão, têm poder explicativo na Ideação Suicida. Pelos coeficientes padronizados beta, verificamos que a autoeficácia é a que apresenta maior valor preditivo, seguida aceitação/rejeição e por fim a impulsividade. As duas primeiras variáveis, estabelecem uma relação inversa com a Ideação Suicida e a última relação

directa, pelo que se pode afirmar que, quanto mais baixo o auto conceito, no que se refere à autoeficácia e à aceitação, e mais elevada a impulsividade, maior o risco de ideação suicida nos estudantes

Utilizou-se o VIF (variance inflation factor) para diagnosticar a multicolaridade que oscilou entre (VIF = 1.346) na impulsividade e (VIF = 1.493) na aceitação /rejeição, concluindo-se pelos resultados que os fatores presentes no modelo não são colineares, uma vez que são inferiores a 5.0, conforme preconizado por Pestana & Gageiro (2007)

Pela constante e pelos coeficientes B podemos determinar o modelo final ajustado para a ideação suicida que neste caso é dado pela seguinte fórmula:

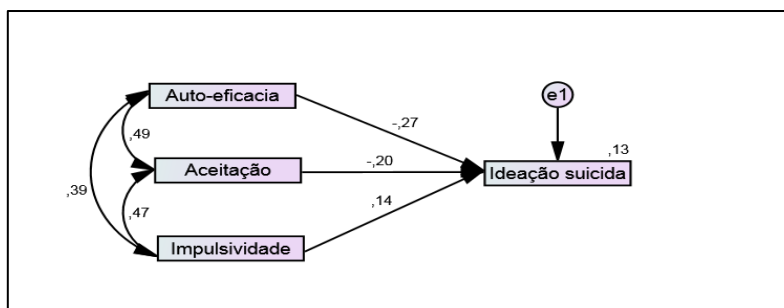
$$\text{Ideação Suicida} = 58.091 + (-1.681 \text{ auto-eficácia}) + (-0.1.399 \text{ aceitação}) + 1.658 \text{ impulsividade}$$

**Quadro 8** – Regressão múltipla entre os fatores do autoconceito e ideação suicida

Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i>					
R=0,359					
R <sup>2</sup> =0,129					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,127					
Erro padrão de estimativa=18.965					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.015					
F=18.448					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	58.091				
<b>Fator 2 – Auto-eficácia</b>	-1.681	-0.270	-8.073	0.000	1.371
<b>Fator 1 - Aceitação</b>	-1.399	-0.201	-5.762	0.000	1.493
<b>Fator 4 - Impulsividade</b>	1.658	0.142	4.295	0.000	1.346

A figura 6 representa o output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. Neste modelo o coeficiente de regressão ou de trajetória da auto-eficácia é de ( $\beta$  auto-eficácia = -0.27), da aceitação é de ( $\beta$  aceitação=-0.20) e da impulsividade ( $\beta$  impulsividade=-0.14), O modelo explica cerca de 13% da variação observada do risco de ideação suicida nas diferentes variáveis. Por outro lado os valores de r entre as variáveis oscilam entre ( $r= 0.39$ ) na impulsividade vs autoeficácia e ( $r= 0.49$ ) na aceitação vs auto-eficácia, com percentagens de variância explicada para estas variáveis de 15,1% e 24% respectivamente e de 22,0% entre a aceitação e impulsividade.

**Figura 6 – Gráfico do modelo ajustado para o risco de ideação suicida em função do auto-conceito**



### Relação entre suporte social e risco de ideação suicida

Para o suporte social e o risco de ideação suicida verificamos através da tabela 97 que as correlações oscilam entre o fraco ( $r=-0.173$ ) na satisfação com a família e o razoável ( $r=-0.404$ ) na intimidade. Observamos ainda que existe uma relação inversa e significativa com todas as variáveis pelo que podemos afirmar que quanto mais baixos os índices no suporte social maior o risco de ideação suicida.

**Tabela 97 - Correlações de Pearson entre suporte social e a ideação suicida**

Fatores	r	p
Satisfação com as amigas	-0.297	0.000
Intimidade	-0.404	0.000
Satisfação com a família	-0.173	0.000
Atividades Sociais	-0.313	0.000
<b>Satisfação suporte social (global)</b>	<b>-0.386</b>	<b>0.000</b>

A intimidade foi neste modelo de regressão, composto por dois passos, a primeira variável a entrar, por se apresentar com o maior coeficiente de correlação em valor absoluto, explicando por si só 16.3% da variação do risco de suicídio com um erro padrão de regressão de 18.571. No segundo passo deu entrada a atividade social constituindo-se estas duas variáveis como preditoras do risco de ideação suicida.

A correlação que estabelecem com o risco de ideação suicida é razoável ( $r=0.424$ ), explicando no seu conjunto 18.0% da sua variabilidade. O erro padrão

da estimativa diminuiu para 18.396 neste modelo de regressão e o valor da VIF permite concluir que as variáveis presentes no modelo não são colineares. Por sua vez o teste F e os valores de t ao apresentarem significância estatística levam à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo indicando que as variáveis exógenas que entraram no modelo de regressão têm poder explicativo no risco de ideação suicida. Pelos coeficientes beta notamos que a intimidade é a que apresenta maior valor preditivo. As duas variáveis estabelecem uma relação inversa inferindo-se assim que o risco de ideação suicida aumenta quando diminui o suporte social.

Terminamos por apresentar o modelo final ajustado para a ideação suicida que é dado pela seguinte fórmula:

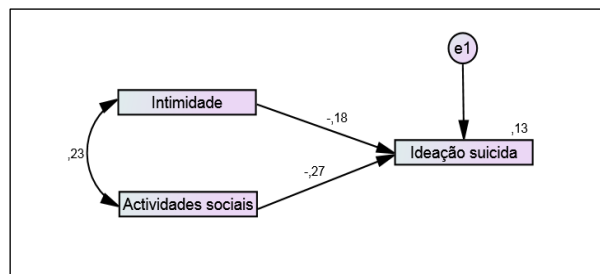
$$\text{Ideação Suicida} = 50.238 + (-1.808 \text{ intimidade}) + (-0.1.005 \text{ atividades sociais})$$

#### Quadro 9 - Regressão múltipla entre o suporte social e a ideação suicida

Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i>					
R=0,424					
R <sup>2</sup> =0,180					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,178					
Erro padrão de estimativa=18.396					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.017					
F=21.547					
p=0,000					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	50.238				
Intimidade	-1.808	-0.330	-10.336	0.000	1.332
Atividades Sociais	-1.005	-0.148	-4.642	0.000	1.335

Apresentamos o output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. O coeficiente de regressão da intimidade é de ( $\beta = -0.18$ ) e das atividades sociais ( $\beta = -0.27$ ), bastante diferentes dos coeficientes padronizados beta acima expostos. O modelo explica cerca de 13.0% da variabilidade do risco de ideação suicida nas diferentes variáveis. A correlação entre as atividades sociais e intimidade é de 0.23 a que corresponde uma percentagem de variância explicada de 5,3%. (cf. Figura 7).

**Figura 7 – Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função do suporte social**



### Relação entre padrão de vinculação e risco de ideação suicida

A tabela 98, demonstra que as correlações da ideação suicida com as subescalas do padrão de vinculação variam entre ( $r=-0.277$ ) no conforto com a proximidade e ( $r=-0.428$ ) na ansiedade de vinculação. Para as diferentes dimensões da vinculação, configura-se uma correlação inversa para o conforto com a proximidade e confiança nos outros e direta para a ansiedade com significâncias estatísticas, o que nos permite afirmar que a maiores níveis de ansiedade e menores de conforto com a proximidade e confiança nos outros, maior o risco de ideação suicida.

**Tabela 98 - Correlações de Pearson entre padrão de vinculação e a ideação suicida**

Fatores	r	p
Ansiedade vinculação	0.428	0.000
Conforto com a proximidade	-0.277	0.000
Confiança com os outros	-0.353	0.000

Todas as dimensões da vinculação se constituíram preditoras do risco de ideação suicida, conforme resultados expressos no quadro 10. Numa análise mais pormenorizada podemos referir que ansiedade foi a primeira variável a entrar neste modelo regressão explicando no primeiro passo 18.3% da variação do risco de suicídio com um erro padrão de regressão de 18.346. No segundo passo, surge a confiança e estas duas variáveis no seu conjunto passaram a explicar

20.2% da variabilidade e finalmente no terceiro e último passo consignou-se como preditor o conforto com a proximidade.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com o risco de suicídio é razoável ( $r=0.458$ ), e explicam 21.0% da variação sendo que, o erro padrão da estimativa se situou neste modelo de regressão em 18.066. O Variance Inflation Factor indicia que as variáveis presentes no modelo não são colineares

Os coeficientes padronizados beta mostram que a ansiedade é a que apresenta maior valor preditivo variando em sentido direto seguido da confiança com os outros e do conforto com a proximidade que variam em sentido inverso, pelo que podemos inferir que o risco de ideação suicida é tanto menor quanto menor a ansiedade e maior o conforto com a proximidade e confiança nos outros.

A fórmula do modelo final ajustado é-nos dada pela seguinte equação de regressão:

$$\text{Ideação Suicida} = 23.836 + 7.248 \text{ ansiedade} + (-4.821 \text{ confiança com os outros}) + (-3.423 \text{ conforto com a proximidade})$$

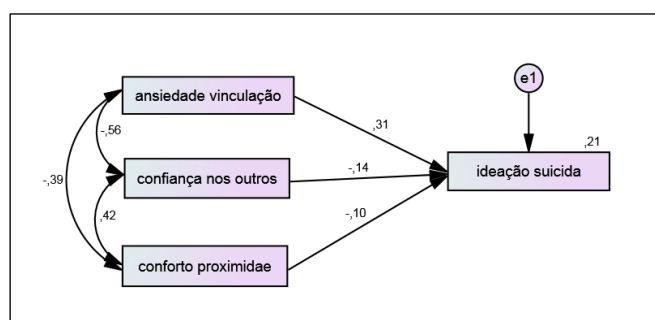
#### Quadro 10 - Regressão múltipla entre o padrão de vinculação e a ideação suicida

Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i>					
R=0,458					
R <sup>2</sup> =0,210					
R <sup>2</sup> Ajustado=0,207					
Erro padrão de estimativa=18.066					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.07					
F=10.145					
p=0,001					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	23.836				
<b>Ansiedade vinculação</b>	7.248	0.314	9.374	0.000	1.518
<b>Confiança com os outros</b>	-4.821	-0.137	-4.022	0.000	1.563
<b>Conforto com a proximidade</b>	-3.423	-0.097	-3.185	0.001	1.267

Os coeficientes estandardizados para os padrões de vinculação com o risco de ideação suicida são os representados na figura 8. Notamos que o coeficiente de regressão ansiedade de vinculação é de ( $\beta = 0.31$ ), confiança nos outros ( $\beta = -0.14$ ), e conforto com proximidade de ( $\beta = -0.10$ ). O modelo explica cerca de 21,0% da variabilidade da ideação suicida. Entre o conforto com a proximidade e

a ansiedade de vinculação e ansiedade de vinculação e confiança nos outros as correlações são negativas e razoáveis, o que nos permite afirmar que a maiores níveis de ansiedade corresponde uma menor confiança nos outros e menor conforto com a proximidade. Já a relação entre a confiança nos outros e conforto com a proximidade é positiva aferindo-se assim que quanto maior a confiança nos outros maior o conforto de proximidade

**Figura 8** – Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função dos padrões de vinculação



### Relação entre ansiedade depressão e stress e risco de ideação suicida

Na tabela 99 apresentam-se as correlações da depressão, ansiedade e stress com a ideação suicida que variam entre ( $r = 0.460$ ) no stress e ( $r = 0.653$ ) na depressão. Verificamos que as correlações estabelecidas com a variável dependente são diretas e significativas pelo que, se pode concluir que quanto maiores os índices nesta variável maior é o risco de ideação suicida.

**Tabela 99** - Correlações de Pearson entre ansiedade, depressão e stress e ideação suicida

Fatores	r	p
Depressão	0.653	0.000
Ansiedade	0.484	0.000
Stress	0.460	0.000

Para determinar as variáveis que se revelaram como preditoras da ideação foram realizados três passos tendo entrado no primeiro a depressão e sucessivamente o stress e a ansiedade.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com o risco de ideação suicida é bom ( $r=0.658$ ) explicando 43.2% da variação e o erro padrão da estimativa neste modelo de regressão situou-se em 15.299, quando no primeiro passo o mesmo era de 15.384. O valor da VIF indica que as variáveis presentes no modelo não são colineares pois situam-se aquém dos 5.0, enquanto o teste F e os valores de t, ao apresentarem-se estatisticamente significativos permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo têm valor explicativo no risco de ideação suicida.

Pelos coeficientes padronizados beta realça-se o maior valor preditivo na depressão e o menor na ansiedade. Enquanto que a depressão e ansiedade estabelecem uma relação positiva, o stress varia em sentido inverso. Face aos resultados, apuramos que o risco de ideação suicida é tanto maior quanto maior a depressão e a ansiedade e menor o stress.

Terminamos a análise apresentando a fórmula do modelo final ajustado:

$$\text{Ideação suicida} = 1.288 + 2.969 \text{ da depressão} + (-0.733 \text{ stress}) + 0.527 \text{ ansiedade}$$

**Quadro 11** - Regressão múltipla entre ansiedade, depressão e stress e ideação suicida

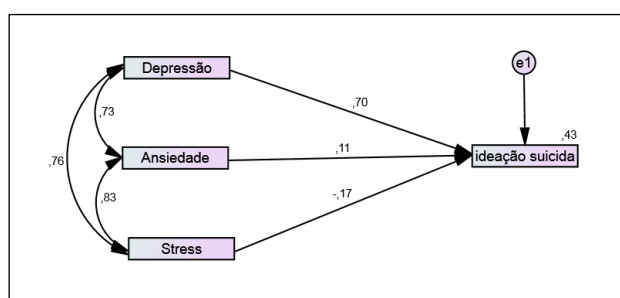
<b>Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i></b>					
R=0,658					
R <sup>2</sup> =0,433					
R <sup>2</sup> Ajustado=0.432					
Erro padrão de estimativa=15.299					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.04					
F=7.224					
p=0,007					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	1.288				
<b>Depressão</b>	2.969	0.697	18.807	0.000	2.591
<b>Stress</b>	-0.733	-0.166	-3.692	0.000	3.822
<b>Ansiedade</b>	0.527	0.114	2.688	0.007	3.381

A figura 9, apresenta o modelo ajustado com os coeficientes estandardizados para o risco de ideação suicida em função da depressão,



ansiedade e stress. O coeficiente de regressão da depressão é de ( $\beta = 0.70$ ) para ansiedade de ( $\beta = 0.11$ ) e para ao stress de ( $\beta = -0.17$ ). A percentagem de variância explicada, ou seja a influencia das três variáveis sobre o risco de ideação suicida é de 43%. De notar que os valores correlacionais das três variáveis são positivos podendo classificar-se de bons, obtendo-se a menor correlação entre a ansiedade e a depressão (0.73) com uma percentagem de variância explicada de mais de 50,0%. A correlação mais elevada situa-se entre a ansiedade e stress ( $r = 0.83$ ) explicando cerca de 70% da variabilidade.

**Figura 9**– Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função da depressão, ansiedade e stress



### Relação entre acontecimentos de vida negativos e risco de ideação suicida

Analizando a ideação suicida com os acontecimentos de vida, a tabela 100 demonstra que, as correlações variam entre ( $r = 0.098$ ) nos problemas com os amigos, e ( $r = 0.387$ ) na negligência, sendo que as diferenças encontradas são positivas e significativas, podendo afirmar-se que para uma menor ocorrência de acontecimentos de vida negativos, menor o risco de ideação suicida.

**Tabela 100** - Correlações de Pearson entre acontecimentos de vida negativos e ideação suicida

Fatores	r	p
Negligência	0.387	0.000
Ambiente familiar disfuncional	0.135	0.000
Separação/perda	0.216	0.000
Problemas com os amigos	0.098	0.001
Acontecimentos vida (global)	0.336	0.000

A consecução do modelo de regressão entre os acontecimentos de vida negativos e a ideação suicida, levou à realização de dois passos. No primeiro registou-se a entrada da negligência que explica 15.0% da variação do risco de ideação suicida. No segundo figurou os acontecimentos de vida negativos (global) o que fez com que estas variáveis em simultâneo explicassem 15.5% da variabilidade. Enquanto o erro padrão de regressão que inicialmente era de 18.720 diminuiu para 18.676. Aferimos pelo teste *f* e *t* que as variáveis que entraram no modelo de regressão influenciam o risco de ideação suicida, constituindo-se como preditoras e pelos valores do VIF a inexistência de problemas de colinearidade.

Os coeficientes padronizados beta indicam que a negligência é a variável com maior peso preditivo, variando ambas as subescalas em sentido direto inferindo-se daí que o risco de ideação suicida é tanto menor quanto menor a negligência e acontecimentos de vida negativos de um modo geral (cf quadro 12).

Do resultado desta regressão múltipla, resultou a seguinte fórmula global:

$$\text{Ideação suicida} = 6.971 + 1.291 \text{ negligencia} + 0.194 \text{ acontecimentos de vida negativos}$$

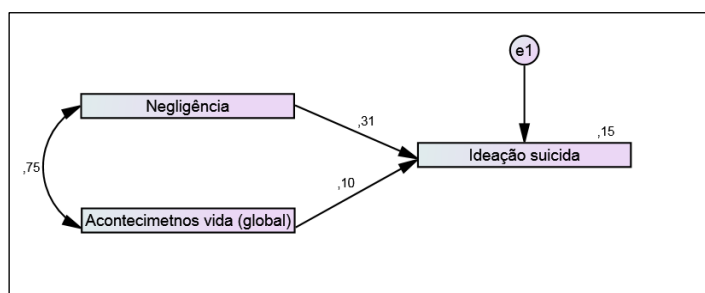
**Quadro 12** - Regressão múltipla entre acontecimentos de vida negativos e ideação suicida

Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i>					
R=0,393					
R <sup>2</sup> =0,155					
R <sup>2</sup> Ajustado=0.153					
Erro padrão de estimativa=18.676					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.005					
F=5.951					
p=0,015					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente B	Coeficiente beta	t	p	VIF
Constante	6.971				
Negligencia	1.291	0.310	7.292	0.000	2.282
Acontecimentos de vida (global)	0.194	0.104	2.440	0.015	2.282

Apresentamos na figura 10, o output gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados para o risco de ideação suicida em função dos acontecimentos de vida negativos. Observamos que o coeficiente de regressão

da negligência para a ideação suicida é de ( $\beta=0.31$ ) e dos acontecimentos de vida negativos (global) é de ( $\beta=0.10$ ) explicando o modelo cerca de 15% da variabilidade do risco de ideação suicida nas diferentes variáveis. Entre as duas variáveis preditoras a correlação é positiva explicando cerca de 57.0% da variabilidade.

**Figura 10** – Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida em função dos acontecimentos de vida negativos



Analizadas de forma individualizada cada uma das variáveis exógenas, procuramos como corolário final, efectuar uma regressão múltipla onde congregamos todas estas variáveis.

Assim, pelos resultados apresentados no quadro 13 verificamos que foram sete as variáveis que entraram no modelo de regressão: a **depressão**, **ansiedade e stress**, a **intimidade** e a **satisfação com a família** pertencentes ao suporte social, a **negligência** aos acontecimentos de vida negativos e a **confiança nos outros** da escala de vinculação.

A primeira variável a entrar no modelo de regressão foi a depressão que explica por si só 42.6% da variação com o risco de ideação suicida com um erro de regressão de 15.384. Por ordem decrescente verificamos a entrada das variáveis intimidade, negligencia, stress, confiança, satisfação com a família e finalmente a ansiedade.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelecem com o risco de ideação suicida é bastante boa ( $r=0.679$ ) com uma percentagem de variância explicada de 46.2% e um erro padrão da estimativa de 14.938. O valor da VIF

sugere que as variáveis não são colineares e o valor de  $f$  e  $t$  ao revelarem-se significativos permitem afirmar que as variáveis que entraram no modelo têm valor explicativo.

Pelos coeficientes padronizados beta realça-se o maior valor preditivo da depressão sendo seguido pelo stress. A variável que menor peso preditivo apresenta é a satisfação com a família.

As variáveis depressão, negligência, satisfação com a família e ansiedade estabelecem com o risco de ideação suicida uma relação directa e as variáveis intimidade, stress e confiança uma relação inversa o que significa que quanto maiores os índices das variáveis de relação directa e quanto menores nas variáveis com relação inversa, maior o risco de suicídio.

Terminamos a análise apresentando a fórmula do modelo final ajustado para a ideação suicida:

**Ideação suicida** = 14.584 + 2.590 depressão + (0.566 intimidade) + 0.483 negligência + (-0.750 stress) + (-2.630 confiança) + 0.429 satisfação com a família + 0.388 ansiedade

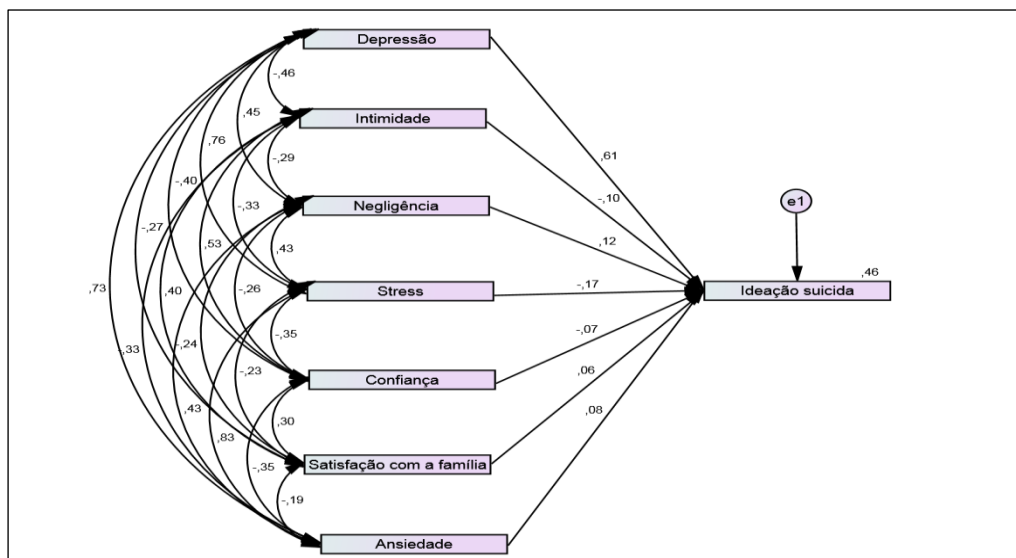
**Quadro 13 – Regressão múltipla entre variáveis psicossociais e ideação suicida**

Variável dependente: <i>Ideação Suicida</i>					
R=0,679					
R <sup>2</sup> =0,462					
R <sup>2</sup> Ajustado=0.458					
Erro padrão de estimativa=14.938					
Incremento de R <sup>2</sup> =0.002					
F=4.038					
p=0,045					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	t	p	VIF
Constante	14.584				
Depressão	2.590	0.608	15.706	0.000	2.966
Intimidade	-0.566	-0.103	-3.530	0.000	1.695
Negligência	0.483	0.116	4.469	0.000	1.327
Stress	-0.750	-0.170	-3.853	0.000	3.858
Confiança	-2.630	-0.075	-2.717	0.007	1.490
Satisfação com a família	0.429	0.058	2.325	0.020	1.233
Ansiedade	0.388	0.084	2.010	0.045	3.435

O gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados para a ideação suicida revela que a **Depressão** apresenta um coeficiente ( $\beta=-0.61$ ); **Intimidade** ( $\beta=-0.10$ ); **Negligência** ( $\beta=-0.12$ ); **Stress** ( $\beta=-0.17$ ); **Confiança** ( $\beta=0.08$ ); **Satisfação com a família** ( $\beta=0.06$ ) e para a **Ansiedade** ( $\beta=0.08$ )

O modelo final explica 46.0% da variabilidade do risco de ideação suicida (Figura 11).

**Figura 11 – Gráfico do modelo ajustado para a ideação suicida**



### Em síntese:

As variáveis que produziram significância estatística foram:

Sexo (**feminino**); Estado civil (**solteiro**); Coabitação em tempo de aulas (**viver sozinho**); Não estar no curso pretendido; Insatisfação com o curso; Desempenho académico (**reprovações**); Comportamentos aditivos (**consumo de drogas e medicação**); História familiar de doença mental; Consultas relacionadas com problemas de saúde mental; Internamentos psiquiátricos; medicação psiquiátrica; autoconceito (**autoeficácia, aceitação/rejeição e impulsividade**); Suporte social e familiar (**Intimidade e atividades sociais**); Vinculação (**ansiedade de vinculação, conforto com a proximidade e confiança nos outros**); Ansiedade, depressão e stress; Acontecimentos de vida (**negligência, acontecimentos de vida global**).

Quando se analisaram as variáveis psicossociais no seu conjunto, a regressão múltipla estabeleceu como preditoras da ideação suicida, a **depressão** ( $\beta = 0.608$ ) **Intimidade** ( $\beta = -0.103$ ); **Negligência** ( $\beta = 0.116$ ); **Stress** ( $\beta = -0.170$ ); **Confiança nos outros** ( $\beta = -0.075$ ), **Satisfação com a família** ( $\beta = 0.058$ ) e **Ansiedade** ( $\beta = 0.084$ ).



## **PARTE III**

# **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**





### 3. DISCUSSÃO

Reservamos para este capítulo a discussão dos resultados, fundamentada no conhecimento que fomos construindo ao longo da investigação, dando particular atenção ao quadro conceptual que deu suporte ao estudo, aos objetivos e questões de investigação inicialmente formuladas, mas sobretudo aos resultados mais significativos, confrontando-os com os da produção científica conhecida sobre a temática em discussão. Efetuamos uma análise crítica sobre as opções metodológicas que estruturaram a condução do estudo.

#### 3.1 DISCUSSÃO METODOLÓGICA

As estratégias metodológicas desenhadas tiveram em conta o tipo de estudo que pretendíamos realizar. Os objetivos traçados levaram-nos a definir uma amostra suficientemente ampla que conseguisse traduzir resultados fiáveis e a seleccionar como instrumentos de colheita de dados um questionário e um conjunto de escalas e inventários, que como refere Sampieri (2003), são os instrumentos mais adequados para se estudar no mais curto espaço de tempo um grande número de sujeitos.

Tipificamos o estudo empírico realizado, como quantitativo, transversal e descritivo correlacional. A finalidade deste tipo de estudos é o de descrever os comportamentos dos sujeitos tal qual se manifestam nos seus contextos de vida, procurando identificar a inter-relação entre as variáveis envolvidas (dependentes e independentes), no sentido de obter evidências para explicar porque ocorre um determinado fenómeno. Foi com base neste pressuposto que se tornou possível avaliar o valor preditivo de variáveis em estudo como o autoconceito, suporte social, padrão de vinculação, acontecimentos de vida entre outras na ideação e risco de suicídio

Quanto aos procedimentos desenvolvidos para a recolha de dados tivemos em consideração os tempos e locais mais adequados para responder ao instrumento de colheita de dados. Para esse efeito, criamos uma plataforma “online” que foi disponibilizada nos *e-mails* de turma dos estudantes. Dessa forma todos os interessados podiam participar no estudo, respondendo ao questionário a partir de qualquer local e como se costuma dizer á distância de um “simples clique”. Procuramos evitar que os estudantes se sentissem coagidos ou forçados a participar no estudo, mas apelamos á sua participação.

No que se refere aos instrumentos de colheita de dados utilizados, entendemos, à “*posteriori*” ter sido pouco adequada a aplicação da escala do risco de suicídio, por se tratar de um instrumento que é sobretudo utilizado para avaliação de amostras clínicas, o que não era o caso no nosso estudo.

Um ponto forte do nosso estudo, foi a inclusão de uma grande diversidade de variáveis dada a multicausalidade dos comportamentos suicidários. Por outro lado, há que referir as limitações e dificuldades que encontramos quando trabalhamos com jovens e neste caso particular com estudantes, já que os resultados, dependem muito da honestidade e sinceridade das respostas, condicionadas por múltiplos fatores e nomeadamente pelas condutas desejadas.

Uma preocupação presente desde o início do estudo foi a de evitar os enviesamentos nos resultados obtidos, controlando, nomeadamente, as variáveis ditas “concorrentes” ou “parasitas”. Temos consciência que tal nem sempre foi conseguido, pois se por um lado a metodologia de colheita de dados (plataforma Online) foi de alguma forma facilitadora pela maior adesão dos estudantes às novas tecnologias, não podemos assegurar que os dados obtidos tenham sido adequadamente controlados. Os estudantes que responderam ao questionário podem ter interpretado algumas questões de forma diversa, negar a presença de ideação suicida, por razões de ordem moral e/ou religiosa, ou condicionar as suas respostas pelo estigma e/ou preconceito que ainda circula em torno dos comportamentos suicidários. Admitimos assim, a existência dessas possíveis fontes de viés.

Outra dificuldade ou limitação encontrada, prende-se com o fato do nosso objeto de investigação e análise ser a ideação suicida que não é uma variável passível de observação ou de fácil descrição objetiva. Entre investigadores há divergências relativamente ao entendimento do próprio construto, mas sobretudo em relação às metodologias utilizadas na sua medição/avaliação.

A validade externa refere-se à possibilidade de generalizar os resultados a outras populações. Este estudo está condicionado às nossas opções metodológicas, o que nos impede de generalizar os resultados à população de estudantes do ensino superior politécnico e universitário, carecendo de confirmação em outros estudos do mesmo âmbito com amostras mais alargadas.

Apesar das limitações consideramos que os resultados obtidos, nos permitem, um conhecimento mais real sobre a problemática suicidária nos estudantes e, poderão constituir mais um contributo ao nível da prevenção primária, já que a sua divulgação poderá sustentar uma intervenção focalizada nos jovens que nestas circunstâncias se confrontam com dificuldades académicas e psicossociais, nem sempre fáceis de ultrapassar.

### 3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A espiral suicida inicia-se com a ideação que funciona como um indicador de vulnerabilidade, podendo levar à tentativa de suicídio e, no limite, ao suicídio consumado. A ideação suicida assume-se desta forma como um dos principais preditores de risco suicida, sendo utilizado em muitas pesquisas para estimar o risco de suicídio (Prieto & Tavares, 2005).

A gravidade de pensamentos suicidas na nossa amostra é baixa (média = 13.84), e a prevalência da Ideação suicida grave (sugestiva da existência de psicopatologia e potencial risco de suicídio) é de (7,8%), resultados ligeiramente inferiores aos encontrados noutras amostras de estudantes do ensino superior. Os estudos de Garlow et al. (2008) encontraram prevalências de 11.1%.

Em Portugal, num estudo realizado com estudantes da Universidade da Beira Interior (Roberto, 2009), verificou-se que 10% dos alunos apresentavam ideação suicida no período relativo ao mês anterior à participação na investigação. Também Pereira (2011) num estudo com estudantes da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), encontrou valores percentuais de 10.7% na semana anterior ao preenchimento do questionário pelos estudantes.

Quando se questionavam os estudantes sobre uma possível intencionalidade para cometer suicídio, 3,1% dos estudantes responderam afirmativamente e quando questionados sobre a existência de um plano para concretizarem as suas intenções 2.2% dos estudantes também admitiram ter um plano elaborado. Contudo importa referir que apenas 2 estudantes (0.2%) assumem a existência de tentativas de suicídio anteriores. Estes resultados também são significativamente mais baixos que os referidos no estudo Pereira (2011), que encontrou valores percentuais de 5.5% e nos estudos de (Tyssen et al, 2001) que apontam para cerca de 8% dos alunos com plano elaborado para se suicidarem.

Quando falamos em formas mais graves de comportamentos suicidários, nomeadamente as tentativas de suicídio, a taxa de prevalência tende a baixar (Dervic et al., 2007; Eskin et al., 2011). Os resultados encontrados no nosso estudo corroboram esta ideia.

Se nos focarmos na semana anterior ao preenchimento do questionário, encontramos um percentual de 1.3% de estudantes (11) a admitirem pensamentos e ideias de por termo à vida, ou seja com ideação suicida ativa.

Estudos realizados por Wilcox et al. (2010), referem que, durante a formação superior, 12% dos estudantes têm pensamentos suicidários. Já a American College Health Association (2011), na sua análise semestral, refere que 6% dos alunos pensou seriamente em suicidar-se.

Ao analisarmos a ideação suicida e os grupos etários, verificamos que a ideação suicida é mais elevada nos estudantes com idade até aos 19 anos ou

com mais de 26. Estes dados podem sugerir que os estudantes mais jovens apresentam maiores dificuldades ao nível do relacionamento interpessoal e por conseguinte maiores dificuldades de integração/adaptação ao contexto académico, com prejuízo na sua interação social e ajustamento psicológico. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Tillfors & Furmark (2007), quando referem maiores níveis de ansiedade social e risco suicidário nos estudantes mais jovens.

Outros estudos como os de Peter et al. (2008); Borges & Werlang (2006), verificaram uma diminuição da ideação suicida à medida que a idade aumenta. No entanto, Rudatsikira et al. (2007) notam que a frequência de ideias de suicídio aumenta com a idade e Maimon et al. (2010) obtiveram uma relação no mesmo sentido entre as tentativas de suicídio e a idade. Outros autores, como Kirkcaldy et al. (2004), Lasgaard et al. (2010) e Tyssen et al. (2001), não encontraram qualquer relação entre a idade e os pensamentos suicidários.

As relações entre o comportamento suicidário e o género são muito complexas. A maioria dos estudos indica que a ideação suicida e as tentativas de suicídio são mais frequentes em mulheres (Beautrais, 2003), e as taxas de suicídio consumado mais elevadas nos indivíduos do sexo masculino em todos os países do mundo, com exceção da China (Lester, 2009). Na nossa investigação, também encontramos diferenças entre os sexos relativamente à prevalência e gravidade da ideação suicida, resultados que vão de encontro aos encontrados por um conjunto alargado de estudos, que referem prevalências de ideação suicida mais elevadas no sexo feminino (Borges & Werlang, 2006; Chafey, 2008; Dervic et al., 2007; Fridner et al., 2009; Kirkcaldy et al., 2004; Ribeiro, 2009; Rudatsikira et al., 2007; Schaffer et al., 2008).

Relativamente aos comportamentos aditivos verificamos que a ideação suicida é mais prevalente nos estudantes que admitiram hábitos tabágicos (10.4%) e nos que consomem algum tipo de drogas consideradas ilícitas (11.0 %). O consumo de substâncias aparece como uma realidade comum nos indivíduos

com comportamentos suicidários e vários comportamentos aditivos têm sido identificados como fatores de risco para a presença de pensamentos suicidários, tentativas de suicídio e até mesmo o suicídio consumado.

Wyeth (2008) apresenta o consumo de álcool e drogas ilícitas como fatores que podem influenciar a adoção de comportamentos suicidas. Walsh & Eggert (2007) referenciam um estudo de Wichstrom (2000) que envolveu 9.679 adolescentes e concluiu que a intoxicação alcoólica é um importante preditor de tentativas de suicídio.

As evidências encontradas nos estudos referenciados, mostram bem que os comportamentos aditivos estão associados a maiores níveis de ideação suicida nos jovens e à medida que aumentam os consumos de álcool, tabaco e outras drogas, aumenta também o risco de comportamentos suicidários.

No nosso estudo incluímos, algumas variáveis nem sempre valorizadas na investigação com estudantes do ensino superior. Concretamente referimo-nos ao desempenho académico (sucesso/insucesso escolar) à satisfação com o curso e expectativas em relação ao futuro profissional, os relacionamentos interpessoais com os professores, pares e pessoal não docente, aspectos, que em alguns casos poderão estar na génese de algumas crises situacionais que podem comprometer o equilíbrio psicossocial do estudante. A maioria dos estudantes, referem satisfação com o curso que frequentam e que o desempenho académico tem sido satisfatório.

Os comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior também podem estar associados a um fraco suporte social e baixo autoconceito. Como já referimos, muitos estudantes para frequentarem o ensino superior têm que deixar a sua residência habitual, fato que pode originar uma quebra significativa na sua rede de apoio e suporte social (Curran et al. 2009). No nosso estudo as dimensões do suporte social com maior associação com a Ideação suicida são as Atividades sociais e a Intimidade com relação inversa e consequentemente com função protetora. A associação entre a ausência ou fracas redes de suporte familiar e social e a ideação suicida tem sido referida por vários autores (Walsh e

Eggert, 2007; Randell et al., 2006; Portzky et al., 2008; Fortune et al., 2008; Kuhlberg et al., 2010).

Relativamente ao autoconceito os resultados do nosso estudo mostram que que quanto maior a aceitação e auto-eficácia e menor a impulsividade menor o risco de ideação suicida. São vários os estudos que se referem às várias dimensões do autoconceito (autoestima, aceitação/rejeição, autoeficácia), como importantes mediadores nos comportamentos de saúde, designadamente, nos consumos de álcool, tabaco e drogas e comportamentos da esfera suicidária (Bolognini, Plancherel, Bettschart & Halfom, 1996; Collin, 1995; Hamilton & Oswalt, 1998; King, 1997; Torres et al., 1995; World Health Organization [WHO], 1997).

A maioria dos estudantes da nossa amostra, possui um padrão de vinculação seguro (64,2%) e a ideação suicida neste grupo é reduzida (2,9%). São os estudantes com padrões de vinculação considerados inseguros que tem maior ideação suicida e por isso risco de suicídio mais elevado: Amedrontados (26,4%); Preocupados (16,3%) Verificamos também através das dimensões da escala (EVA) que os estudantes com níveis mais elevados de ansiedade da vinculação, menor conforto com a proximidade e confiança nos outros, têm mais ideação suicida, dados que nos permitem considerar estas variáveis como preditoras do risco suicidário.

(Lessard & Moretti, 1998), referem que estudantes com estilos de vinculação inseguros (amedrontado/ansioso/ambivalente), desenvolvem mais psicopatologia, facto que os torna mais vulneráveis e com risco aumentado para os comportamentos suicidários.

Da mesma forma, Davaji et al. (2010) verificaram uma associação positiva entre estilos de vinculação inseguros e as ideias de suicídio e uma correlação no sentido oposto com o estilo de vinculação seguro. Também os resultados obtidos por Yoo (2011) indicam uma correlação positiva entre os estilos de vinculação evitante e ansioso (inseguros) e os pensamentos suicidas.



Também encontramos alguns dados sugestivos da presença de alguma sintomatologia depressiva e ansiosa, contudo não podemos avançar com graus de severidade ou gravidade desses quadros (leve, moderados ou elevados), uma vez que não utilizamos escalas específicas para a avaliação destas entidades clínicas, como por exemplo, a escala de depressão de Beck e (ou) a escala de Hamilton para a ansiedade. A estratégia metodológica para utilizar a EADS21 revelou-se útil, na colheita dos dados (três em um), mas não nos consegue indicar se os estudantes apresentam sintomas clinicamente significativos ou não.

Estes dados podem no entanto ser sustentados por vários estudos quando referem que a psicopatologia, nomeadamente a depressão e a ansiedade estão quase sempre presentes nos indivíduos com comportamentos suicidários (Eisenberg et al., 2007; Garlow et al., 2008; Lasgaard, Goossens & Elklit, 2010). A percentagem de estudantes universitários que apresentam ideação suicida e sintomatologia depressiva é bastante significativa, e à medida que aumenta a severidade dos sintomas depressivos aumentam as ideias de suicídio (Arria et al., 2009; Garlow et al., 2008).

O estudo de Eskin et al. (2011), salienta que os estudantes com ideação suicida apresentavam mais sentimentos de tristeza, menor envolvimento em atividades sociais e menor capacidade para comunicar os seus problemas psicológicos do que os estudantes sem ideação suicida. Outros autores (Borges & Werlang, 2006; Eisenberg et al., 2007; Garlow et al., 2008; Gençöz e Or, 2006; Lasgaard et al., 2010; Peter et al., 2008; Tyssen et al., 2001) também indicam que a presença de psicopatologia e de perturbações da personalidade são fatores comuns em indivíduos com ideação suicida.

A vivência de acontecimentos negativos na infância tem sido associada a múltiplos problemas psicológicos na idade adulta, tais como a ideação e conduta suicidas (Dieserud, Forsen, Braverman, & Roysamb, 2002). Outros estudos têm, de forma idêntica, encontrado relações significativas entre os acontecimentos de vida negativos (AVN) vivenciados na infância e níveis de ideação suicida na idade adulta (Brás & Cruz, 2008; Langhinrichsen-Rohling, Monson, Meyer, Caster, &



Sanders, 1998; Ystgaard, Hestetun, Loeb, & Mehlum, 2004). Embora estes estudos tenham demonstrado a existência de relações significativas entre os acontecimentos de vida e ideação suicida, a forma como os AVN precoces influenciam a ideação suicida na idade adulta não se encontra completamente esclarecida.

Encontramos correlações positivas e significativas entre a ideação suicida e os acontecimentos de vida, que variam entre ( $r=0.098$ ) nos problemas com os amigos e ( $r=0.387$ ) na negligência. Os coeficientes padronizados beta indicam que a negligência é a variável com maior peso preditivo, inferindo-se que o risco de ideação suicida é tanto menor quanto menor a negligência e aconteciemtno de vida negativos de um modo geral.

Os estudantes com ideação suicida, tendem a vivenciar um maior número de acontecimentos negativos ao longo da vida (Horesh, Nachshoni, Wolmer, & Toren, 2009) Por sua vez, Thompson et al. (in press) e Liu & Tein (2005) destacam a associação entre acontecimentos negativos recentes e a ideação suicida em adolescentes.

Ainda que os dados encontrados no nosso estudo sejam bastante mais baixos quando comparados com os encontrados em investigações realizadas noutros contextos académicos, podem ser sintomáticos e reveladores de algum mal-estar psicológico e social dos estudantes e que os contextos do ensino superior podem ser vividos de forma muito angustiante por uma percentagem considerável de estudantes. Esta constatação exigiria das instituições de ensino superior a criação de serviços de apoio e acompanhamento de jovens com problemas de ajustamento/adaptação às vivências e contextos académicos no sentido da promoção da saúde mental e prevenção dos comportamentos suicidários em meio académico.



## 4. CONCLUSÕES

Ao longo do nosso trabalho ficou patente a ideia de que o suicídio nos jovens é um fenómeno complexo e de etiologia multifactorial. Os resultados encontrados mostram que existe um conjunto de variáveis sociodemográficas, psicossociais, académicas, clínicas e comportamentais que apresentam um valor preditivo e se associam positivamente com a ideação suicida e risco de suicídio.

A partir dos resultados encontrados podemos dizer que a gravidade de ideação suicida é baixa (13.84). Contudo 7.8% dos estudantes da nossa amostra apresentavam níveis sugestivos de existência de psicopatologia e potencial risco de suicídio.

A análise comparativa entre os grupos, revela que existem diferenças num conjunto alargado variáveis. A ideação suicida é mais elevada nos estudantes do sexo feminino (8.3 %) do que no masculino (6.9 %); nos que residem em zona rural (8.0 %) do que na zona urbana (7.7%); nos casados/união facto (8.1%) do que solteiro/divorciados (7.8%); com idade inferior a 19 anos (9.6 %) ou mais de 26 anos (9.1%); nos que vivem sozinhos (9.8 %) do que nos que residem com a família (7.7 %) ou com colegas amigos (7.6 %); nos estudantes da ESAV (10.7%) seguidos dos da ESTGV (9.0 %) e em menor grau na ESEV (2.9 %) e ESSV (7.9%); no 1º e no último anos de curso (9.4%) e (8.6%) respectivamente; nos que frequentam o curso não pretendido (11.8 %); nos estudantes que já reprovaram (9.7 %); nos que têm insuficiente desempenho académico (13.9 %) seguidos pelos que referem um suficiente desempenho académico (11.2%) quando comparados com os de bom desempenho académico (4.1%); nos que não têm hábitos alcoólicos (8.4 %); ocorre mais nos que fumam (10.4%); nos que consomem droga (11.0 %); com história de patologia psiquiátrica na família (12.7); que já fizeram consultas de psiquiatria (14.4 %) e naqueles que faziam algum tipo de medicação psiquiátrica (24.7 %) em comparação com os que faziam (6.6 %).

No entanto, os resultados obtidos deixam subjacente a ideia de que haverá outras variáveis, que não foram consideradas, e que poderão contribuir de forma

significativa para as ideias de suicídio nos estudantes do IPV. Como já foi referido por outros autores, as ideias de suicídio na população universitária podem ter causas únicas e muito variadas, e talvez aí resida a dificuldade de conceber modelos multidimensionais que expliquem as ideias de suicídio nesta população.

Um conjunto muito mais vasto de variáveis pode e deve ser analisado para que se consiga obter melhores modelos preditivos. No nosso estudo os comportamentos aditivos, a sintomatologia ansiosa e depressiva, o autoconceito, suporte social, padrões de vinculação, acontecimentos de vida negativos revelaram-se importantes preditores de risco suicidário, contudo existirão certamente outras variáveis que não foram incluídas neste estudo e que também poderão ajudar a explicar melhor a ocorrência de comportamentos suicidários nesta população.

Os dados obtidos através deste estudo, são mais um contributo que suporta o desenvolvimento de um gabinete dedicado unicamente à avaliação da saúde mental e intervenção/acompanhamento dos alunos do IPV. A avaliação passaria pela realização de rastreios periódicos (anual ou semestral), para a identificação de estudantes em risco, com consequente avaliação dos casos sinalizados, e quando necessário implementação de um programa de acompanhamento psicológico/psicoterapêutico ou de encaminhamento para outro tipo de intervenção considerada mais adequada

Entendemos que também poderiam ser realizadas campanhas de sensibilização e ações informativas para alunos e docentes, consciencializando-os em relação às problemáticas frequentemente vivenciadas pelos estudantes, incentivando-os a promover a integração dos colegas/discentes, a identificar aqueles que apresentem dificuldades de adaptação e sofrimento psicológico significativo e a sugerir a esses mesmos colegas/discentes que procurem os recursos disponíveis e adequados para lidar com tais circunstâncias.

Seria também interessante o desenvolvimento de programas de avaliação da saúde mental e dos comportamentos de risco nos estudantes universitários a

nível nacional, à semelhança do que é realizado pela American College Health Association, nos EUA.

Por fim, outros estudos deveriam incluir variáveis que não foram analisadas neste trabalho (dificuldades económicas e/ou problemas familiares, relações problemáticas com os pares “*bullying*”, violência no namoro) para que se obtenha uma melhor compreensão da ideação suicida e, simultaneamente, dos fatores de risco

Os nossos resultados, sugerem que há necessidade de continuar a investir na investigação nesta área, para que se possa compreender o comportamento suicidário nos estudantes universitários e, ao mesmo tempo, para que se desenvolvam estratégias eficazes de prevenção do suicídio em meio académico.

#### **Sugestões para futuras investigações:**

- Estudos populacionais sobre comportamento suicida em outros institutos politécnicos e universidades de outras regiões do país.
- Estudos para avaliar eventuais necessidades de formação dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros que exercem nos cuidados de saúde primários, relativamente ao diagnóstico, tratamento e encaminhamento de casos de transtornos depressivos e comportamentos suicidários.



## 5. IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DA INVESTIGAÇÃO

### CONTRIBUTO PARA A ENFERMAGEM

Este estudo aborda uma temática que pela sua relevância clínica e social é objeto de estudo e investigação de várias áreas do conhecimento. A problemática dos comportamentos suicidários nos jovens constitui uma preocupação transversal a várias áreas profissionais desde a enfermagem, à medicina, psicologia, sociologia etc... e exige uma abordagem concertada, em que cada área do conhecimento (Ciências sociais, de enfermagem, médicas e do comportamento...) deve contribuir para a produção do conhecimento científico e disponibilizar essa informação no sentido um melhor entendimento e compreensão das problemáticas em estudo e onde o mais importante não será delimitar áreas de intervenção de cada profissional, mas sim compreender e potenciar a sua complementaridade.

No entanto, e apesar dessa complementaridade, na prática de enfermagem, revela-se cada vez mais importante o investimento numa área de conhecimentos próprios, que permita aos profissionais de enfermagem tomarem decisões autónomas (Carpenito-Moyet, 2005). A investigação em enfermagem como em qualquer outra ciência reveste-se de grande importância “*investigar para melhor conhecer e intervir*”. O diagnóstico da situação permitirá a identificação dos focos de atenção do enfermeiro face às pessoas com risco aumentado para o suicídio. A definição dos diagnósticos de enfermagem e consequentes intervenções autónomas, são “ferramentas” importantes para a enfermagem enquanto profissão com uma metodologia científica de trabalho própria - **O processo de Enfermagem**.

É crescente a preocupação dos profissionais de saúde, com a saúde mental dos indivíduos/famílias e comunidade. Os enfermeiros têm um papel fundamental, na promoção da saúde mental das populações, colaborando na identificação e no diagnóstico de situações de risco para a saúde física e mental. Têm ainda papel

relevante na intervenção em populações/indivíduos mais vulneráveis e por isso com risco aumentado para as perturbações mentais que como vimos estão muito associadas à problemática suicidária. Para tal, é necessária uma maior sensibilização dos profissionais de enfermagem nesta área, sensibilização já defendida no Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (Portugal, 2008) e no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013), como áreas prioritárias de investigação e intervenção.

Esta investigação, objetivou o estudo da avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior procurando identificar eventuais fatores associados (de risco e de proteção). Partindo desse conhecimento pretende contribuir para a definição de estratégias de intervenção no sentido da promoção da saúde mental e prevenção do risco de suicídio em meio académico.

Embora não se tratando de uma amostra clínica, incluímos no nosso estudo um conjunto alargado de fatores relacionados com a saúde/doença mental dos estudantes e suas famílias; comportamentos aditivos; ansiedade, stress, depressão e variáveis psicossociais (autoconceito, suporte social, padrões de vinculação, acontecimentos de vida, entre outras) que embora sendo objeto de estudo e análise por parte de profissionais de várias áreas de formação e classes profissionais, constituem sem dúvida **focos de intervenção dos enfermeiros** e particularmente dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental.

O conhecimento dos fatores de risco e de proteção para os comportamentos suicidários é fundamental no planeamento de estratégias de intervenção. Sequeira (2006), defende que associado à continuidade dos cuidados da equipa de enfermagem, existe uma revalorização das práticas dos enfermeiros, tendo como consequência a promoção da saúde mental, a redução da morbilidade, a dos custos associados, uma maior satisfação por parte dos profissionais e sobretudo, ganhos em saúde.

Em função dos instrumentos de avaliação utilizados e dos resultados obtidos, podemos refletir sobre um conjunto muito diversificado de problemas/diagnósticos de enfermagem, destacando áreas de intervenção



prioritárias em que é fundamental que os enfermeiros dediquem atenção. Os padrões de qualidade são suportados na evidência científica. Assim sendo, esperamos que este trabalho, possa ser mais um contributo para sensibilizar os enfermeiros, para a problemática dos comportamentos suicidários e das suas implicações individuais, familiares e sociais.

Da análise dos resultados desse estudo emergiram as seguintes reflexões quanto a possíveis implicações clínicas e de aplicabilidade social, especialmente no que diz respeito à promoção da saúde mental e prevenção dos comportamentos suicidários, mas também ao seu diagnóstico e tratamento

Os enfermeiros estão presentes em diferentes contextos: em Serviços Hospitalares, nos Cuidados de Saúde Primários, em Projetos de Intervenção Comunitária, nas Escolas, intervindo em proximidade com franjas vulneráveis da população e ao longo de todo o ciclo vital, na adaptação às transições e à doença, acompanhando e fomentando projetos de saúde. A mobilização de competências especializadas por parte dos enfermeiros, poderá constituir um elemento muito importante não só no tratamento, mas também na equidade e acesso a cuidados adequados, deteção precoce das perturbações e das situações de risco, bem como o encaminhamento atempado e adequado.

Sugere-se, que se explorem com os jovens as motivações para os comportamentos suicidários e estabelecer com eles uma comunicação assertiva e uma relação empática no sentido de se promover a comunicação e a identificação de potenciais precipitantes, bem como ajudá-los a perspetivar alternativas para a resolução de problemas.

Os resultados encontrados nesta investigação podem contribuir para:

- A melhoria da prática clínica de Enfermagem, no domínio da prevenção, diagnóstico, intervenção e avaliação do indivíduo com ideação suicida e risco aumentado de suicídio.
- A identificação da associação entre ideação/risco de suicídio a problemas de saúde mental, remete para a necessidade de sensibilizar a população

geral no sentido de (des)construir o estigma e o preconceito que ainda circula em relação á doença e aos doentes com problemas de saúde mental.

- Melhorar no aconselhamento/encaminhamento das pessoas em crise suicidária. Estruturação da rede de atendimento que permita agilidade no encaminhamento dos casos para atendimento especializado ou internamento.
- Maior investimento na formação de profissionais dos cuidados de saúde primários, com orientações específicas para diagnóstico e tratamento de transtornos depressivos, bem como a identificação de pessoas com ideação suicida e a forma de abordagem da questão.
- Esclarecimentos sobre “mitos” acerca dos comportamentos suicidários que muitas vezes ainda estão presentes nos próprios profissionais de saúde (ex. receio de questionar sobre ideação e pensamentos suicidários pelo medo de induzir o comportamento suicida).

## 6. BIBLIOGRAFIA

Abasse, M.L.F, Coimbra, R.; Silva, T.C.; Souza, E.R. (2009). Análise epidemiológica da morbimortalidade por suicídio entre adolescentes em Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1):407-416. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200010>

Abbey, A. (2002). Alcohol-related sexual assault: a common problem among college students. *Journal of Alcohol Studies on Alcohol, Supl. 14*, 118-128.

Adlaf, E.M., Gliksman, L., Demers, A., & Newton-Taylor, B. (2001). The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*, 50, 67–72.

Aherne, D. (2001). Understanding student stress: a qualitative approach. *The Irish Journal of Psychology*, 22 (3-4), 176-187.

Alan; Berman (2011). Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base In: *Suicide and Life-Threatening Behavior, The American Association of Suicidology*, 41(1): 110-116.

Almeida, L. S. (2001). Acesso, integração e sucesso académico: Uma análise reportada aos estudantes do 1.º ano. In R. B. Sousa, E. Sousa, F. Lemos, & C. Januário (Orgs.), *III Simpósio – Pedagogia na Universidade* (pp. 223-240). Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.

Almeida, L. S. (2002). Factores de sucesso/insucesso no ensino superior. In *Actas do Seminário Sucesso e Insucesso no Ensino Superior Português* (pp. 103-119). Lisboa: Conselho Nacional de Educação.

Almeida, L. S. (2007). Transição, adaptação académica e êxito escolar no ensino superior. *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 15 (2), 203-215.

Almeida, L. S., & Ferreira, J. A. (1997). *Questionário de Vivências Académicas*. Braga: Universidade do Minho.

Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª ed.). Braga: Psiquilíbrios.

Almeida, L.S; Cruz, J.F.A. (2010). *Transição e Adaptação Académica: Reflexões em torno dos Alunos do 1º Ano da Universidade do Minho*. ISBN: 978-972-8746-80-3.

Almeida, N. (2005) - Jovens adultos e a sua adaptação ao ensino superior. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia. Disponível em <http://www.spsuicidologia.pt/biblioteca/artigosdt.php?artigoID=16>

Almeida, N. (2006). O jovem adulto e o suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

American College Health Association (2011). *National College Health Assessment II: Reference group data report: Fall 2010*. Linthicum, MD: Autor.

American College Health Association [ACHA]. (2010). *National College Health Assessment, Spring 2010: Reference Group Executive Summary*. Recuperado de <http://www.acha-ncha.org/docs/ACHA-NCHAI>

American Psychiatric Association (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington D.C: APA.

American Psychiatric Association (2011). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 2.ª reimpressão. Lisboa: Climepsi.

Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (3), 106-115.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.

Andrews, B., & Wilding, J. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, 95, 509-521.

- Andrews, B., Hejdenberg, J., & Wilding, J. (2006). Student anxiety and depression: comparison of questionnaire and interview. *Journal of Affective Disorders*, 95, 29-34.
- Araújo, A., Lunardi, V., Silveira, R., Thofehn, M., & Porto, M. (2011). Transição da Adolescência para a Fase Adulta na Ótica de Adolescentes. *Revista de Enfermagem*, 19(2), 280-285.
- Araújo, L., Coutinho, M., & Saraiva, E. (2009, Dezembro). *Ideação Suicida no Contexto do Ensino Médio: Um Olhar da Psicologia*. Paper/Poster apresentado no XI Encontro de Iniciação à Docência, Universidade Federal da Paraíba.
- Araújo, L.C.; Vieira, K.; Coutinho, M. (2010). Ideação suicida na adolescência: um enfoque psicossociológico no contexto do ensino médio. *Psico-USF*, 15(1):47-57. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100006>
- Arehart-Treichel, J. (2002). Mental illness on rise on college campus. *Psychiatry News*, 37 (6), 6.
- Arnautovska, U.; Grad, O. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, 31(1):22-29. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000009>
- Arnett, J. J. (1991). Still crazy after all these years: Reckless behavior among young adults aged 23-27. *Personality and Individual Differences*, 12, 1305-1313.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 468-480.
- Arnett, J. J. (2004). *Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties*. New York: Oxford University Press.
- Arnett, J. J. (2005). The developmental context of substance use in emerging adulthood. *Journal of Drug Issues*, 35, 235-253.
- Arria, A., O'Grady, K., Caldeira, K., Vincent, K., Wilcox, H., & Wish, E. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), 230-246.

Arslan, G., Ayranci, U., Unsal, A., & Arslantas, D. (2009). Prevalence of depression, its correlates among students, and its effect on health-related quality of life in a Turkish university. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 114, 170-177. doi: 10.1080/03009730903174339

Arun, P.; Chavan, B. (2009). Stress and suicidal ideas in adolescent students in Chandigarh. *Indian Journal of Medical Science*. Vol. 63, nº 7, p. 281-287.

Avanci, R.C.; Pedrão, L.J.; Costa Júnior, M.L. (2005). Perfil do adolescente que tenta suicídio admitido em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(5):535-539. Disponível em; [ttp://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007](http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672005000500007)

Baggio, A.; Palazzo, L.; Aerts, D.R.G.C. (2009). Planejamento suicida entre adolescentes escolares: Prevalência e fatores associados. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (1):142-150..Disponível em;<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100015>.

Bahls, S. (2002a). Aspectos Clínicos da Depressão em Crianças e Adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.

Bahls, S. (2002b). Epidemiology of Depressive Symptoms in Adolescents of a Public School in Curitiba, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(2), 63-67.

Bahls, S., & Bahls, F. (2002). Depressão na Adolescência: Características Clínicas. *Interação em Psicologia*, 6(1), 49-57.

Baker, R. W., & Stryk, B. (1989). Student Adaptation to College Questionnaire. Los Angeles: Western Psychological Services.

Balsa, C. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral: Portugal 2007*. Lisboa: CEOS/FCSH/UNL.

Baptista, M., Baptista, A., & Dias, R. (2001). Estrutura e Suporte Familiar como Fatores de Risco na Depressão de Adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 52-61.

Baptista, M., Baptista, A., & Oliveira, M. (1999). Depressão e Gênero: Por Que as Mulheres Deprimem Mais que os Homens? *Temas em Psicologia*, 7(2), 143-156.

Baptista, M.N. (2004). Suicídio: Aspectos teóricos e pesquisas internacionais. *In*: M.N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 3-22.

Baptista, M.N.; Borges, A.; Biagi, T.A.T. (2004). Pesquisas de suicídio no Brasil. *In*: M.N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 23-32.

Baptista, M.; Souza, M. (2008). Associações entre Suporte Familiar e Saúde Mental; *Psicol. Argum.* jul./set., 26 (54); [em linha] [Consult. 05 de Julho de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2495&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=2495&dd99=pdf)>.

Barrios, L., Everett, S., Simon, T., & Brener, N. (2000). Suicide Ideation among US College Students: Associations with Other Injury Risk Behaviors. *Journal of American College Health*, 48(5), 229-233.

Barros, A.P.R.; Coutinho, M.P.L.; Araújo, L.F.; Castanha, A.R. (2006). As representações sociais da depressão em adolescentes no contexto do ensino médio. *Estudos de Psicologia*, 23(1):19-28. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2006000100003>

Barros, R., & Fiamenghi, G. (2007). Interações Afetivas de Crianças Abridadas: Um Estudo Etnográfico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), 1267-1276.

Bartholomew, K. (2002). *Peer attachment prototypes*. Acedido a partir do sítio da Simon Fraser University, Burnaby, Disponível em; <http://www.sfu.ca/psyc/faculty/bartholomew/research/attachment/prototypes.htm>

Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

Baskin-Sommers, A., & Sommers, I. (2006). The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38, 609-611.



Bayram, N., & Bilgel, N. (2008). The prevalence of socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 667-672.

Beautrais, A. (2003). Life course factors associated with suicidal behaviors in young people. *American Behavioral Scientist*, 46(9), 1137-1156. doi: 10.1177/0002764202250657

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovaskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.

Beck, A., Steer, R., & Grisham, J (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 371-377.

Beck, A.T., Brown, G.K e Steer, R.A. (1997) - Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behavior Research and Therapy*, v.35, nº 11, p.1039-1046,.

Beck, K., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., & Wish, E. (2008). Social context of drinking and alcohol problems among college students. *American Journal of Health Behavior*, 32 (4), 420-430.

Beck, K., Kasperski, S., Caldeira, K., Vincent, K., O'Grady, K., & Arria, A. (2010). Trends in alcohol-related traffic risk behaviors among college students. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 34 (8), 1472-1478.

Bella, M.E.; Fernández, R.; Willington, J.M. (2010). Intento de suicidio en niños y adolescentes: Depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108 (2):124-129.

Bella, T., & Omigbodun, O. (2009). Social Phobia in Nigerian university students: Prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(6), 458-463. doi: 10.1007/s00127-008-0457-3



- Ben-Ari, A. (2004). Sources of social support and attachment styles among Israeli Arab students. *International Social Work*, 47(2), 187-201. doi: 10.1177/0020872804041413
- Benincasa, M. & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: factores de risco e protecção. *Boletim de Psicologia*, 124, pp. 93-110.
- Bento, A. (2008). O insucesso no ensino superior: perspectivas e situações dos alunos do 4º ano via ensino da Universidade da Madeira. In C. Escallier & N. Veríssimo (Orgs.), *Educação e cultura* (pp. 147-156). Funchal: Grafimadeira.
- Bertolote, J., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence [Abstract]. *Crisis*, 25(4), 147-155.
- Bewick, B., Gill, J., Mulhern, B., Barkham, M., & Hill, A. (2008). Using electronic survey to assess psychological distress within the UK university student population: a multisite pilot investigation. *E-Journal of Applied Psychology*, 4 (2), 1-5.
- Bhasin, S., Sharma, R., & Saini, N. (2010). Depression, anxiety and stress among adolescent students belonging to affluent families: A school-based study. *Indian Journal of Pediatrics*, 77, 161-165. doi: 10.1007/s12098-009-0260-5
- Blazer, D. G., & Kessler, R. C. (1994). The prevalence and distribution of major depression in a national sample. *American Journal of Psychiatry*, 151, 979 – 986.
- Bojuwoye, O. (2002). Stressful experiences of first-year students of selected universities in South Africa. *Counseling Psychology Quarterly*, 15 (3), 277-290.
- Bolognini, M., Plancherel, B., Bettschart, W. & Halfon, O. (1996). Self-esteem and mental health in early adolescence: development and gender differences. *Journal of Adolescence*, 19, 233-245.
- Borges, V.R.; Werlang, B.S.G.; Copatti, M. (2008). Ideação suicida em adolescentes de 13 a 17 anos. *Barbarói*, 11(1):109-123.
- Borges, V.R.; Werlang, B.S.G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3):345-351. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000300012>

- Bostik, K., & Everall, R. (2006). In my mind I was alone: Suicidal adolescents' perceptions of attachment relationships. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28(3), 269-287. doi: 10.1007/s10447-006-9013-6
- Botega (2000). Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: Lafer *et al.* *Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Botega, N., Barros, M., Oliveira, H., Dalgalarrrondo, P., & Marín-León, L. (2005). Suicidal Behavior in the Community: Prevalence and Factors Associated with Suicidal Ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(1), 45-53.
- Botega, N., Werlang, B., Cais, C., & Macedo, M. (2006). Prevenção do Comportamento Suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Bowlby (1980). *Attachment and loss*, vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2001). Efeitos sobre o Comportamento do Rompimento de um Vínculo Afetivo. In J. Bowlby (Ed.), *Formação e Rompimento dos Laços Afetivos* (pp. 95-111). São Paulo: Martins Fontes.
- Bras, M., & Cruz, J. P. (2008). Interações entre características de personalidade e acontecimentos de vida como factores de vulnerabilidade em relação a conduta suicida. In I. Leal, J. L. Ribeiro, I. Silva, & S. Marques. *7.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Intervenção em Psicologia e Saúde* (pp. 463-466). Lisboa: Edições ISPA.
- Bras, M., & Cruz, J. P. (2008b). Inventário de Acontecimentos de Vida Negativos (IAV\_N) Construção e validação numa população adulta. A. P. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho. *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Brausch, A., & Gutierrez, P. (2010). Differences in Non-Suicidal Self-Injury and Suicide Attempts in Adolescents. *Journal Youth Adolescence*, 39(3), 233-242. DOI: 10.1007/s10964-009-9482-0.

Bryman, A; Cramer, D. (1992) *Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas utilizando o SPSS*, Oeiras.

Buote, V., Pancer, S., Pratt, M., Adams, G., Birnie-Lefcovitch, S., Polivy, J., et al. (2007). The importance of friends: Friendship and adjustment among 1st-year university students. *Journal of Adolescent Research*, 22(6), 665-689. doi: 10.1177/0743558407306344

Burns, R., & Burns, R. (2008). Logistic regression. In R. Burns & R. Burns (Eds.), *Business research methods and statistics using SPSS* (pp. 568-588). London: SAGE Publications Ltd.

Bycroft, P. (2010). Perspectives on suicide and suicide prevention. National Mental Health Summit: University of Sunshine Coast.

Cabral, L. R. (2007). *Consumo de bebidas alcoólicas em rituais/ praxes académicas*. (Tese de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.

Campos, M., & Leite, S. (2002). O Suicídio em Portugal nos Anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 4, 81-106.

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.

Canavarro, et al; (2003). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação aa Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa.. [em linha] [consultado a 25 de Setembro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psi/v20n1/v20n1a08.pdf>>.

Canavarro, M., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20 (1), 155-186.

Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves, & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vpp. 95-109). Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, L.da.

Canavarro, M.C. (1999). *Relações afetivas e saúde mental: uma abordagem ao longo do ciclo vital*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto.

Carpenito-Moyet, L. (2009). *Diagnósticos de Enfermagem: aplicação à prática clínica*. 11ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Carter, G. C., & Wiseman, J. S. (2003). Increasing numbers of students arriving on college campus on psychiatric medications. Are they mentally ill? *Journal of College Student Psychotherapy*, 18, 3-10.

Carvalho, J. (1990). Comportamentos Desviantes. In B. Campos (Ed.), *Psicologia do Desenvolvimento e Educação de Jovens* (pp. 214-249). Lisboa: Universidade Aberta.

Cassorla, R.M.S. (1991). Jovens que tentam suicídio características demográficas e sociais. Um estudo comparativo com jovens normais e com problemas mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 33 (1): 3-12,

Castanheira, H., Nogueira, R., Oliveira, P., Vasconcelos, G., & Pereira, A. (2010). Acção social no ensino superior: novos contributos para uma agenda estratégica. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 96-105). Lisboa: RESAPES-AP.

Cavestro, J., & Rocha, F. (2006). Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(4), 264-267.

Cerchiari, E., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 413-420.

Chafey, M. (2008). Conducta e ideación suicida en estudiantes universitários. *Revista Griot*, 2(2), 5-17.

Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T. & Dal Grande, L.(2009). Suicidal Ideation: The Clinical Utility of the K10. *Crisis*,30(1): 39-42.

Chan, K., Straus, M., Brownridge, D., Tiwari, A., & Leung, W. (2008). Prevalence of dating partner violence and suicidal ideation among male and female university students worldwide. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 529-537. doi: 10.1016/j.jmwh.2008.04.016

Chang, E. C. (2001). Life stress and depressed mood among adolescents: examining a cognitive-affective mediation model. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20, 416-429.

Chapman, A. L. (2003). Parasuicidal behavior and borderline personality features: The role of experiential avoidance. Doctorial dissertation, Idaho State University, United States - Idaho.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 3, 371-394.

Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005a). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, 4, 388-399.

Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005b). Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 35, 5, 558-569.

Cheng, I. [et al.] (2009). Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*. Vol. 31, p. 110-1 15.

Clare, A. (1995) Change: a precipitant of growth and stress? In *Fedora Summer School - Successful Adjustment to University and Progression Beyond in a European Context* (pp. 19-20). Trinity College, Dublin.

Claudino, J., & Cordeiro, R. (2006). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem: o caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium*, 32, 197-210.

Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.

Conceição, A., Calado, M. L., & Ponte, S. (2010). Projecto de prevenção do consumo de álcool em contexto universitário “Não abuses”. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 405-411). Lisboa: RESAPES-AP.

Cooke, R., Bewick, B., Bahrkham, M., Bradley, M., & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance & Counselling*, 34 (4), 505-517.

Cordeiro, R., Claudino, J., & Arriaga, M. (2006). Depressão e Suporte Social em Adolescentes e Jovens Adultos. *Revista Iberoamericana de Educación*, 39(6), 1-10.

Costa, Letícia G. (2009). A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas [em linha] [consultado a 01 de Dezembro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16339/000699006.pdf?sequence=1>>.

Costa, E. (2005). *Um olhar sobre a saúde dos estudantes do ensino superior*. Lisboa: Instituto Piaget.

Costa, E., & Leal, I. (2004). Saúde mental e adaptação à vida académica: uma investigação com estudantes de Viseu. In J. Ribeiro & I. Leal (Orgs.). *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 149-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Coutinho, C.,P. (2011). *Metodologia da Investigação em Ciências Sociais e Humanas:Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina. ISBN 978-972-40-4487-3

- Cranford, J., Eisenberg, D., & Serras, A. (2009). Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors*, 34 (2), 134-145.
- Curran, T., Gawley, E., Casey, P., Gill, M., & Crumlish, N. (2009). Depression, suicidality and alcohol abuse among medical and business students. *Irish Medical Journal*, 102(8), 249-251.
- Daber, A.V.S.; baptista, M.N. 2004. Suicídio e saúde mental na mídia. In: M.N. Baptista (Ed.), *Suicídio e depressão – atualizações*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, p. 239-262.
- Daudt, P.; Souza, L.; Sperb, T. (2007). Amizade e gênero nos conflitos de pré-escolares. *Interpersona*, 1(1):77-95.
- Davaji, R., Valizadeh, S., & Nikamal, M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: The study of Turkmen students, Iran. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 1190-1194. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.07.259
- De Leo & Evans (2004). *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Hogrefe & Huber Publishers, Göttingen.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2006). Definitions of Suicidal Behavior: Lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*, 27(1), 4-15. doi: 10.1027/0227-5910.27.1.4
- Dell'Aglio, D., Borges, J., & Santos, S. (2004). Eventos Estressores e Depressão em Adolescentes do Sexo Feminino, *Psico*, 35(1), 43-50.
- Demir, A., & Tarhan, N. (2001). Loneliness and social dissatisfaction in Turkish adolescents. *The Journal of Psychology*, 135(1), 113-123.
- Dervic, K., Akkaya-Kalayci, T., Kapusta, N., Kaya, M., Merl, E., Vogel, E., et al. (2007). Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 174-180. doi: 10.1007/s00508-006-0753-4



Dias, G. F., & Fontaine, A. M. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar dos jovens: algumas implicações para o aconselhamento psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 103-114.

Dieserud, G., Forsen, L., Braverman, M., & Roysamb, E. (2002). Negative Life Events in Childhood, Psychological Problems and Suicide Attempts in Adulthood Matched Case-Control Study [Abstract]. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 291-308. DOI: 10.1080/13811110214525.

Dieserud, G., Roysamb, E., Ekeberg, O., & Kraft, P. (2001). Toward an integrative model of suicide attempt: A cognitive psychological approach. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 31, 2, 153-168.

Dieserud, G.; Gerhardsen, R.M.; Weghe, H.V.; Corbett, K. (2010). Adolescent suicide attempts. *Crisis*, 31(5):255-264. <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000030>

DiFilippo, J., & Overholser, J. (2010). Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 155-166.

Diniz, A. M. (2001). *Crenças, escolha de carreira e integração universitária*. Tese de doutoramento. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.

Diniz, A. M., & Almeida, L. S. (2006). Adaptação à universidade em estudantes do primeiro ano: estudo diacrónico da interacção entre o relacionamento com os pares, o bem-estar pessoal e o equilíbrio emocional. *Análise Psicológica*, 1 (24), 29-38.

Donald, M. [et al.]. (2006). Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital based with population based samples of young adults. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. Nº 40, p. 87-96.

Durkheim, E. 1982 [1997]. *O suicídio: Um estudo sociológico*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 568 p.

Durkheimn (1987/1992). *O suicídio*. Lisboa: Editorial Presença.



Dutra, E. (2002). Comportamentos autodestrutivos em crianças e adolescentes: Orientações que podem ajudar a identificar e prevenir. *In: C.S. HUTZ (Ed.), Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: Aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. Porto Alegre, Casa do Psicólogo, p. 53-87.

Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshman adaptation to university life: Depressive symptoms, stress and coping. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (10), 1231-1244.

Dziegielwski, S. F., Turnage, B., & Roest-Marti, S. (2004). Addressing stress with social work students: a controlled evaluation. *Journal of Social Education*, 40 (1), 105-

Eisenberg, D., Gollust, S., Golberstein, E., & Hefner, J. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(4), 534-542. doi: 10.1037/0002-9432.77.4.534

Eskin, M., Voracek, M., Stieger, S., & Altinyazar, V. (2011). A cross-cultural investigation of suicidal behavior and attitudes in Austrian and Turkish medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 813-823. doi: 10.1007/s00127-010-0254-7

Espinoza-gomez, F.; Zepeda-Pamplona, V.; Hernández-Bautista, V.; Hernández-Suárez, C.M.; Newton-Sánchez, O.A.; Plasencia-Garcia, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52 (1):213-219. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000300005>

Esposito, C., & Clum, G. (2002). Psychiatric Symptoms and their Relationship to Suicidal Ideation in a High-Risk Adolescent Community Sample. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 44-51.

Esposito-Smythers, C.; Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5):77- 88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/01.ALC.0000127417.99752.87>

Faria, C. (2008). Vinculação e desenvolvimento Epistemológico em Jovens adultos. [Em linha]. Portugal, [Consult. 5 de Fevereiro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/8077>>.

Faria, L., & Santos, N. L. (2006). Auto-conceito académico, social e global em estudantes universitários. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais [Em linha]. nº 3 p. 225-235. [Consult. 4 Maio 2011] Disponível em WWW:<URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/624>>. ISSN 1646-0502

Faria, L., & Stocker, J. (2009). Auto-conceito e adaptação ao ensino superior: estudo diferencial com alunos da universidade do porto. Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho [Em linha].. [Consult. 30 Junho 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/congreso/Xcongreso/pdfs/t9/t9c302.pdf>>. ISBN- 978-972-8746-71-1

Façaanha, J., Erse, M., Simões, R., Amélia, L., & Santos, J. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: Programa de intervenção BELIEVE. *Saúde Mental, Álcool e Drogas*, 6(1), 1-16.

Fergusson, D. M., Boden, J. M., & Horwood, L. J. (2009). Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Archives of General Psychiatry*, 66 (3), 260-266.

Fergusson, D., Lynskey, M., & Horwood, L. (1996). Comorbidity between Depressive Disorders and Nicotine Dependence in a Cohort of 16 Year-Olds. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1043-1047.

Fergusson, D.; Beautrais, A.; Horwood, L. (2003) – Vulnerability and resiliency to suicidal behaviours in young people. *Psychological Medicine*. Nº 33, p. 61-73.

Ferraz, M. F., & Pereira, A. (2002). Dinâmica de personalidade e do *homesickness* (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde e Doenças*, III (2), 149-164.

Ferreira, C., & Fernandes, C. P. (2010). Intervenção psicológica no ensino superior: efeito da psicoterapia no rendimento académico. In A. S. Pereira, H.

Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.). *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 463-470). Lisboa: RESAPES-AP.

Ferreira, I. & Lourenço, M. (2004). Níveis de adaptação dos estudantes do 1º ano do Instituto Politécnico de Portalegre. *Aprender, Revista da Escola Superior de Educação de Portalegre*, 29, 25- 35.

Ferreira, I. (2003). *Adaptação e desenvolvimento psicossocial dos estudantes do ensino superior. Factores familiares e sociodemográficos*. Tese de doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

Ferreira, J. A., & Ferreira, I. S. (2005). Mudanças psicossociais no jovem adulto e adaptação ao contexto de ensino superior. *Iberpsicologia: Revista Electrónica de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 10 (6). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1156287>

Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M. R. Simões, M.M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol.2, pp. 123-130). Braga: APPORT/SHO.

Ferreira, M., & Nelas, P. (2006). Adolescências... Adolescentes... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 141-162.

Ferreira, M., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2008). Consumo de substâncias na adolescência: evolução ao longo de 8 anos. In M. G. Matos (Coord.). *Consumo de substâncias: Estilo de vida? À procura de um estilo?* (pp. 319-340). Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Ferreira, P. (2008). O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes do ensino superior (Dissertação de Mestrado). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Ferreira, P., Pereira, A., & Albuquerque, C. (2008). O consumo de álcool e comportamentos de risco nos estudantes universitários. In I. Leal, J. L. Pais

Ribeiro, I. Silva, & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 509-512). Lisboa: ISPA.

Ficher, A.M.F.T.; Vansan, G.A. (2008). Tentativas de suicídio em jovens: Aspectos epidemiológicos dos casos atendidos no setor de urgências psiquiátricas de um hospital geral universitário entre 1988 e 2004. *Estudos de Psicologia*, **25**(3):361-374. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2008000300005>

Folkman, S., Lazarus, R. L., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. (1986). Dynamics of stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, **50**, 992-1003.

Forte, L. (2010). “Experiências saudáveis”: um programa de prevenção do consumo de substâncias psicoativas junto de estudantes universitários. In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 444-454). Lisboa: ISPA.

Fortin, M. (2003). *O Processo de investigação: Da Conceção à Realização*. 3ª ed. Loures: Lusociência.

Fortin, M. F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures. Lusociência, D. L. p. 595

Fortune, S. [et al.] (2008). Adolescents’ views on preventing self-harm: A large community study. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*. Vol. 43, nº 2, p. 96- 104.

Freitas, G. V. S. & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Revista da Associação Médica Brasileira*, **48**, n.º 3, jul/set, pp. 245-249.

Friedlander, L. J., Reid, G. J., Shupak, N., & Cribbie, R. (2007). Social support, selfesteem, and stress as predictors of adjustment to university among first-year undergraduates. *Journal of College Development*, **48** (3), 259-274.

Fuentes, L., Libreros, L., & Pérez, A. (2007). Factores Epidemiológicos Asociados a la Depresión en Estudiantes de Medicina. *Informed*, **9**(5), 261-264.

- Galhardo, A., Cardoso, I. M., & Marques, P. (2006). Consumo de substâncias em estudantes do Ensino Superior de Coimbra. *Revista Toxicodependências*, 12 (1), 71-77.
- Gall, T. L., Evans, D. R., & Bellerose, S. (2000). Transition to first-year university: patterns of change in adjustment across life domains and time. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 544-567.
- Garlow, S., Rosenberg, J., Moore, D., Haas, A., Koestner, B., Hendin, H., et al. (2008). Depression, desperation, and suicidal ideation in college students: Results from the American Foundation for Suicide Prevention College Screening Project at Emory University. *Depression and Anxiety*, 25, 482-488. doi: 10.1002/da.20321
- Gençöz, T., & Or, P. (2006). Associated factors of suicide among university students: Importance of family environment. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 28(2), 261-268. doi: 10.1007/s10591-006-9003-1
- Gil, N.P. & Saraiva, C. B. (2006). Comportamentos suicidários: Aspectos conceptuais. *Psiquiatria Clínica*, vol. 27, n.º 3, pp. 211-225.
- Goldman, C., & Wong, E. (1997). Stress and the college student. *Education*, 117 (4), 604-611.
- Gonçalves, O. F., & Cruz, J. F. A. (1988). A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (1), 127-145.
- Grant, A. (2002). Identifying students' concerns: taking a whole institutional approach. In N. Stanley & J. Manthorpe (Eds.), *Students' mental health needs: problems and responses* (pp. 83-105). London: Jessica Kingsley.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A. & Barrios, F. (2004). Appropriateness of the Multi-attitude Suicide Tendency Scale for non-white individuals. *Assessment*, 11 (1), pp. 73-84.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. & Bagge, C. (2000). Suicide Risk Assessment in a College student population. *Journal of Counseling Psychology*, 47 (4): 403-413.

- Haines, M. E., Norris, M. P., & Kashy, D. A. (1996). The effects of depressed mood on academic performance in college students. *Journal of College Student Development*, 37(5), 519-526.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 293-319.
- Hammen, C. (2006). Stress generation in depression: reflections on origins, research, and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1065-1082.
- Hawkey, L., Hughes, M., Waite, L., Masi, C., Thisted, R., & Cacioppo, J. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago Health Aging and Social Relations Study. *Journal of Gerontology: SOCIAL SCIENCES*, 63B(6), 375-384.
- Hayes, L. M. (1989). National study of jail suicides: Seven years later. *Psychiatric Quarterly*, 60, 1, 7-28.
- Hayes, L. M. (1995). Prison suicide: An overview and guide to prevention. Massachusetts: National Center on Institutions and Alternatives.
- Hayes, L. M. (1997). From chaos to calm. One jail system's struggle with suicide prevention. *Behavioral Sciences and the law*, 15, 399-413.
- Hayes, L. M. (2000). Suicide risk despite denial or when actions speak louder than words *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10, (1), pp.1-6
- Hayes, L. M. (2001). Suicide prevention and manipulative behavior. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 10,2.
- Hayes, L. M. (2005). A practitioner's guide to developing and maintaining a sound suicide prevention policy. *Jail Suicide/Mental Health Update*, 13, 4.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 6, 1152-1168.

Heim, C., & Nemeroff, B. (2001). The Role of Childhood Trauma in the Neurobiology of Mood and Anxiety Disorders: Preclinical and Clinical Studies. *Biological Psychiatric*, 49, 1023-1039.

Heisel, M. J. & Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (2), pp. 127-135.

Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), 213–218.

Homem, F., Brito, I., Santos, M., Simões, D., & Mendes, F. (2010). Cinco razões para beber diferente. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 168-173). Lisboa: RESAPES-AP.

Howard, D., Schiraldi, G., Pineda, A., & Campanella, R. (2006). Stress and mental health among college students: overview and promising prevention interventions. In M. Landow (Ed.), *Stress and mental health of college students* (pp. 91-123). New York: Nova Science.

Hudd, S. S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N. Yokozuka, N. (2000). Stress at college: Effects on health habits, health status, and self-esteem. *College Student Journal*, 34, 217-227.

ICN (2011). CIPE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem [ICNP Version 2 - International Classification for Nursing Practice], Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INE – Instituto Nacional de Estatística (2008). *Boletim Mensal de Estatística – Março de 2008*. Lisboa: I.N.E

Instituto Nacional de Estatística [INE] (2012). *Boletim Mensal de Estatística: Junho de 2012*. Lisboa: INE.

Kadison, R. D. (2005). Getting an edge – use of stimulants and antidepressants in college. *The New English Journal of Medicine*, 353 (11), 1089-1091.



- Kadison, R. D., & DiGeronimo, T. F. (2004). *The college of the overwhelmed: the campus mental health crisis and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kendler, K., Karkowski, L., & Prescott, C. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 156, 834-841.
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S., & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Student Development*, 45 (6), 593-611.
- Kessler, R. C., & Walters, E. E. (1998). Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14.
- Kim, E., Newton, F., Downey, R., & Benton, S. (2010). Personal factors impacting college student success: constructing College Learning Effectiveness Inventory (CLEI). *College Student Journal*, 44 (1), 112-125.
- King, A. K., Vidourek, R. A., & Strader, J. L. (2008). University students' perceived self-efficacy in identifying suicidal warning signs and helping suicidal friends find campus intervention resources. *Suicide & Life - Threatening Behaviour*, 38 (5), 608-617.
- King, R., Schwab-Stone, M., Flisher, A., Greenwald, S., Kramer, R., Goodman, S., Lahey, B., Shaffer, D., & Gould, M. (2001). Psychosocial and Risk Behavior Correlates of Youth Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 837-846.
- Kinyanda, E.; Kizza, R.; Levin, J.; Ndyabangi, S.; Abbo, C. (2011). Adolescent suicidality as seen in rural northeastern Uganda. *Crisis*, 32(1):43-51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1027/0227-5910/a000059>
- Kirkcaldy, B., Eysenck, M., & Siefen, G. (2004). Psychological and social predictors of suicidal ideation among young adolescents. *School Psychology International*, 25(3), 301-316. doi: 10.1177/0143034304046903



- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal Of Clinical Psychology*, 63, 11, 1045-1056.
- Kokkevi, A.; Rotsika, V.; Arapaki, A.; Richardson, C. (2010). Changes in associations between psychosocial factors and suicide attempts by adolescents in Greece from 1984 to 2007. *European Journal of Public Health*, 8(2):1-5.
- Krause-Parello, C. (2008). Loneliness in the school setting. *The Journal of School Nursing*, 24(2), 66-70. doi: 10.1177/10598405080240020301
- Krüger, L.L.; Werlang, B.S.G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico- USF*, 15(1):59-70. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712010000100007>
- Kuhlberg, J.; Peña, J.; Zayas, L. (2010). Familism, Parent-Adolescent Conflict, Self-Esteem, Internalizing Behaviors and Suicide Attempts Among Adolescent Latinas. *Child Psychiatry and Human Development*. Vol. 41, nº 4, p. 425-440.
- Kuwabara, S., Van Voorches, B., Gollan, J., & Alexander, G. (2007). A qualitative exploration of depression in emerging adulthood: disorder, development, and social context. *General Hospital Psychiatry*, 29, 317-324.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2000). *A gendered analysis of sex differences in suicidal behavior*. <http://www.who.int/gender/documents/en/whopaper6.pdf>
- Langhinrichsen-Rohling, J., Monson, C. M., Meyer, K. A., Caster, J., & Sanders, A. (1998). The associations among family-of-origin violence and young adults current depressed, hopeless, suicidal, and life-threatening behavior. *Journal of Family Violence*, 13 (3), 243-261.
- Lasgaard, M., Goossens, L., & Elklit, A. (2010). Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(1), 137-150. doi: 10.1007/s10802-010-9442-x

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Leitão, L., & Paixão, M. (1999). Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no Ensino Superior. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 4 (1), 191-210.

Lent, R. W., Taveira, M. C., Sheu, H., & Singley, D. (2009). Social cognitive predictors of academic adjustment and life satisfaction in Portuguese college students: a longitudinal analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 190-198.

Lessard, J., & Moretti, M. (1998). Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: Attachment patterns and clinical implications. *Journal of Adolescence*, 21(4), 383-395.

Lester, D. (2009). Culture and suicide. In S. Eshun, & R. Gurung (Eds.), *Culture and mental health: Sociocultural influences, theory, and practice* (pp. 297-320). Malden, MA: Blackwell Publishing Ltd.

Linn, B. S., & Zeppa, R. (1984). Stress in junior medical students: relationship to personality and performance. *Journal of Medical Education*, 59, 7-12.

Liu, X., & Tein, J.-Y. (2005). Life events, psychopathology, and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 195-203. doi: 10.1016/j.j.ad.2005.01.016

Lu, L. (1994). University transition: major and minor stressors, personality characteristics and mental health. *Psychological Medicine*, 24, 81-87.

Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L. & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano & M. Uzquiano (Orgs.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 4663-4669). Braga: Universidade do Minho.

Ma, K. (2006). Attachment theory in adult psychiatry. Part 1: Conceptualisations, measurement and clinical research findings. *Advances in Psychiatric Treatment*, 12, 440-449. doi: 10.1192/apt.12.6.440

- Maimon, D., Browning, C., & Brooks-Gunn, J. (2010). Collective efficacy, family attachment, and urban adolescent suicide attempts. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(3), 307-324. doi: 10.1177/0022146510377878
- Mann, J. J. (1998). The neurobiology of suicide. *Nature medicine*, 4, 25-30.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Maroco, João (2010). *Análise Estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro Report Number, Lda,.
- Matheny, K. B., Curlette, W. L., Aysan, F., Herrington, A., Gfroerer, C. A., Thompson, D. & Hamarat, E. (2002). Coping resources, perceived stress, and life satisfaction among Turkish and American university students. *International Journal of Stress Management*, 9 (2), 81-97.
- Matos, M., Simões, C., Carvalhosa, S., & Canha, L. (2001). *A saúde dos adolescentes de Lisboa*. Lisboa: FMH/PEPT/GPT.
- Matos, Raquel. (2001). Vinculação na criança, adolescente e adulto: uma abordagem desenvolvimental. *Revista: Cadernos Interdisciplinares*; (Instituto Piaget); Novembro.
- Matos, Paula M.; Costa, E. (1996). Vinculação e Processos Desenvolvidos nos Jovens e Adultos; *Cadernos de Consulta Psicológica*; [em linha] [consultado a 16 de Setembro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://sigarra.up.pt/fpceup\\_uk/PUBLS\\_PESQUISA.FORMVIEW?p\\_id=20301](http://sigarra.up.pt/fpceup_uk/PUBLS_PESQUISA.FORMVIEW?p_id=20301)>.
- Matos, Paula M.; Barbosa, Sónia; Costa, Maria E. (2001). Avaliação da vinculação amorosa em adolescentes e jovens adultos: Construção de um instrumento e estudos de validação; vol. 11; nº1; 2001; [em linha] [consultado a 22 de Setembro

de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R11/R115.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R11/R115.pdf)>.

Mazza, J., & Reynolds, W. (2001). An investigation of psychopathology in nonreferred suicidal and nonsuicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 282-302.

McDonald, T., Pritchard, M., & Landrum, R. (2006). Facilitating preventive mental health interventions for college students: institutional and individual strategies. In M. Landow (Ed.), *Stress and mental health of college students* (pp. 225-243). New York: Nova Science.

Melo, A., Lavaredas, C., Pereira, A., Marques, M., Martins, J., & Coelho, M. (2010). Porque são elas que procuram a consulta de psicologia clínica e da saúde? In I. Leal, J. Ribeiro, M. Marques, & Pimenta, F. (Eds.), *8º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Sexualidade e Género – Actas* (pp. 57-63). Lisboa: ISPA.

Meltzer, H. Y., Jenkins, R., Singleton, N., Charlton, J., & Yar, M. (2003). Non-fatal suicidal behaviour among prisoners. *International Review of Psychiatry*, 15, 148-149.

Meltzer, H., Lader, D., Corbin, T., Singleton, N., Jenkins, R. & Brugha, T. (2002). Non-fatal suicidal behavior among adults aged 16 to 74 in Great Britain. Office for National Statistics. London.

Meneghel, S.N.; Victora, C.G.; Faria, N.M.X.; Carvalho, L.A.; Falk, J.W. (2004). Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Revista de Saúde Pública*, 38(6):804-810. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600008>

Mercy, J.A.; Kresnow, M.; O'carroll, P.; Lee, R.; Powell, K.; Potter, L.; Swann, A.; Frankowski, R.; Bayer, T. (2001). Is suicide contagious? A study of the relation between exposure to the suicidal behavior of others and nearly lethal suicide attempts. *American Journal of Epidemiology*, 154(2):120-127. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/aje/154.2.120>

Ministério da Saúde. (2004b). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes de Saúde Relacionados com os Estilos e Vida*. Recuperado a 10 de Março de 2013 de <http://www.dgs.pt/>

Ministério da Saúde. (2008a). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental. [http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm\\_planonacionalsaudemental2007-2016\\_\\_resumoexecutivo.pdf](http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf)

Ministério da Saúde. (2008b). Relatório - Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016. Recuperado de <http://www.acs.min-saude.pt/wpcontent/blogs.dir/1/files/2008/01/relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>

Misra, R., & McKean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *Academic Journal of Health Studies*, 16 (1), 41-51.

Monk, E. (2004). Student mental health part 2: the main study and reflection of significant issues. *Counselling Psychology Quarterly*, 17 (1), 33-43.

Monk, E., & Mahmood, Z. (1999). Student mental health: a pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, 12 (2), 199-210.

Monteiro, S. (2008). *O optimismo e vinculação na transição para o ensino superior* (Tese de Doutoramento). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Montgomery, L., Kiely, J., & Pappas, G. (1996). The effects of poverty, race, and family structure on US children's health: Data from the NHIS, 1978 through 1980 and 1989 through 1991. *American Journal of Public Health*, 86(10), 1401-1405.

Moreira, N. A. (2008). Sofrimento, desespero e comportamentos suicidários na prisão. Coimbra: Quarteto.

Moreira, N.A.C. (2009). Fatores de Risco associados à Ideação Suicida Durante a Prisão Preventiva: Estudo Exploratório. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Moreira, S. J. (1998). Suicídio prisional: Um retrato. *Temas Penitenciários*, série II, 1,17-38.

Mulder, R. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: a review. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 359-371.

Murff, S. H. (2005). The impact of stress on academic success in college students. *The ABNF Journal*, 16 (5), 102-104.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease: Summary*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349, 1436-1442.

National Institute of Mental Health [NIMH] (2010). *Suicide in America: Frequently Asked Questions*. United States: Science Writing, Press and Dissemination Branch.

Nemeroff, C. B., Compton, M. T., & Berger, J. (2001). The depressed suicidal patient: assessment and treatment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932, 1-23.

Nerdrum, P., Rustoen, T., & Ronnestad, M. (2006). Student psychological distress: a psychometric study of 1750 Norwegian 1st year undergraduate students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 50 (1), 95-109.

O'Malley, P., & Johnston, L. (2002). Epidemiology of alcohol and other drug use among American college students. *Journal of Studies on Alcohol* (Supl. 14), 23-39. Objectives for 2020. (2008). *Phase I report: recommendations for the framework and format of Healthy People 2020*. Recuperado a 28 de Abril de 2010 de <http://www.healthypeople.gov/hp2020/advisory/PhaseI/PhaseI.pdf>

Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi.

Okoro, C., Brewer, R., Naimi, T., Moriarty, D., Giles, W., & Mokdad, A. (2004). Binge drinking and health-related quality of life: do popular perceptions match reality, *American Journal of Preventive Medicine*, 26 (3), 230-233.

- Oliva, A., Jiménez, J. M., Parra, A. & Sánchez-Queija, I. (2009). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13(1), 53-62.
- Oliveira, A. (2006). Desafiar a Própria Morte Para Sentir a Vida. O Contexto (Psico)social do Suicídio Adolescente. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.), *Comportamentos Suicidários em Portugal* (pp. 207-230). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Oliveira, A. (2010). As Consultas de Psicologia dos Serviços de Acção Social da Universidade de Aveiro (SASUA). In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 279-285). Lisboa: RESAPES-AP.
- Oliveira, P. (2009). Stress do aluno: um estudo comparativo entre Portugal e o Brasil. In I. Leal (Org.), *Actas do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde: Experiências e intervenções em Psicologia da Saúde* (pp. 829-839). Faro, gb Portugal.
- Oliveira; Amâncio; Sampaio (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 4 (XIX): 509-521.
- Organização Mundial de Saúde (2000a). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001 – Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova esperança*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a Saúde no Mundo, Saúde Mental: Nova concepção. Nova Esperança*. Lisboa, 1ª edição.
- Organização Mundial de Saúde (2003). *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10*. Porto alegre: Artmed.
- Oswalt, R., & Finkelberg, S. (1995). College depression: causes, duration, and coping. *Psychological Reports*, 77, 858.



Pais Ribeiro, J. L. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário? *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3 (1), 11-22.

Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à psicologia da saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto. Pais Ribeiro, J. L. (2007b). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.

Pais Ribeiro, J.L. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). FPCE-UP; ISPA-L. *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.

Pais Ribeiro, J.L. (2001) – Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. [em linha]. Porto: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto,. [citado em 29 de Março de 2005]. Disponível em: <http://www.sp-ps.com/pdf/PSD-II-1/jribeiro-77-99.pdf>.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. E Leal, I.(2004) Contribuição para o Estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Depressão Ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-264.

Palmer, E. J., & Connelly, R. (2005) Depression, hopelessness and suicide ideation among vulnerable prisoners. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 15, 3, 164-170.

Pancer, S., Hunsberger, B., Pratt, M., & Alisat, S. (2000). Cognitive complexity of expectations and adjustment to university in the first year. *Journal of Adolescent Research*, 15, 38-57.

Paykel, E. S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 50–58.

Peden, A.R., Hall, L.A., Rayens, M.K., & Beebe, L. (2000). Negative thinking mediates the effects of self-esteem on depressive symptoms in college women. *Nursing Research*, 49 (4), 201–207.

Pereira A. (2011). Ideação Suicida e Fatores Associados: Estudo Realizado Numa Amostra da População Universitária da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Tese de mestrado não publicada, UTAD Vila Real



Pereira, A.M.S. (1999). *Avaliação dos interesses e práticas saudáveis dos estudantes universitários: Tradução e adaptação do Questionário da UNI (Universidade de Northern Iowa)*. Coimbra: FCDEF Universidade de Coimbra.

Pereira, A.M.S. (2005). *Para obter sucesso na vida académica: apoio dos estudantes pares*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Pereira, A.M.S. (2006). Aconselhamento psicológico no ensino superior. In M. C. T. Simões, M. T. S. Machado, M. L. V. Dias, & L. I. N. Lima (Eds.), *Psicologia do desenvolvimento: temas de investigação* (pp. 159-183). Coimbra: Edições Almedina.

Pereira, A.M.S. (2007). *Stress na vida académica*. Relatório de Agregação em Educação: Disciplina de Psicologia da Saúde (não publicado). Universidade de Aveiro, Aveiro.

Pereira, A.M.S. (2010). RESAPES-AP: um olhar sobre o apoio psicológico no Ensino Superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 12-20). Lisboa: RESAPES-AP.

Pereira, A.M.S., Monteiro, S., Santos, L., & Vagos, P. (2007). O stress do estudante: identificar, treinar e otimizar. *Psicologia e Educação*, 7 (1), 55-61.

Pereira, A.M.S., Monteiro, S., Vagos, P., & Santos, L. (2008). Gerir o stress rumo ao sucesso: intervenção com estudantes portugueses. In A. Eisenreich, A. Ghelman, & A. Vesco (Orgs.), *Actas do 8º Congresso de Stress da ISMAE-BR. Porto Alegre, Brasil*.

Pereira, C. (2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *PsiLogos*, 9(1), 11-23.

Pessoa, P., & Oliveira, E. (2010). Sintomatologia psicopatológica e necessidades de intervenção no Ensino Superior: despiste com estudantes da Universidade da Beira Interior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 573-582). Lisboa: RESAPES-AP.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2007). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Peter, T., Roberts, L., & Buzdugan, R. (2008). Suicidal ideation among Canadian youth: A multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 263-275.

Pinheiro, M. R. (2004). O desenvolvimento da transição para o ensino superior: o princípio depois de um fim. *Aprender, Revista da Escola Superior de Educação de Portalegre*, 29, 9-20.

Pinheiro, M. R., & Ferreira, J. A. A. (2002). Suporte social e adaptação ao ensino superior. In A. S. Pouzada, L. S. Almeida & R. M. Vasconcelos (Eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 137-146). Guimarães: Universidade do Minho.

Pinto, A., Whisman, M., & McCoy, K. (1997). Suicidal ideation in adolescents: Psychometric properties of the suicidal ideation questionnaire in a clinical sample [Resumo]. Acedido a partir da base de dados PsycARTICLES

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artmed.

Portzky, G. [et al.] (2008) – Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vol. 17, p. 179-186.

Prieto, D. & Tavares, M. (2005). Factores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), pp. 146-154.

Pritchard, M. E., & Wilson, G. S. (2003). Using emotional and social factors to predict student success. *Journal of College Student Development*, 44, 18-28.

Pryor, J., Hurtado, S., DeAngelo, L., Blake, L., & Tran, S. (2011). *The American freshman: National norms fall 2010*. Los Angeles: Higher Education Research Institute, UCLA.

Puentes-rosas, E.; López-nieto, L.; Martínez-Monroy, T. (2004). La mortalidad por suicidios: México 1990-2001. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 16(2):102-109. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004000800005>

Radcliffe, C., & Lester, H. (2003). Perceived stress during undergraduate medical training: A qualitative study. *Medical Education*, 37 (32), 32–38.

Randell, P. [et al.] (2006) – Family Factors Predicting Categories of Suicide Risk. *Journal of Child and Family Studies*. Vol. 15, nº3, p. 255-270.

Raynolds, W. M. (1991a). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56, 2, 289-307.

Raynolds, W. M. (1991b) Adult Suicide Ideation Questionnaire: Professional Manual. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Rede de Serviços de Apoio Psicológico no Ensino Superior [RESAPES]. (2006). *Caracterização dos serviços de apoio psicológico no ensino superior*. Documento interno não publicado.

Ribeiro, José L. P.; Sousa, Marisa. (2002). Vinculação e comportamentos de saúde: Estudo exploratório de uma escala de avaliação da vinculação em adolescentes;; [em linha] [consultado a 25 de Setembro de 2010]. Disponível em WWW: <URL: [http://sigarra.up.pt/fpceup/publs\\_pesquisa.formview?p\\_id=9521](http://sigarra.up.pt/fpceup/publs_pesquisa.formview?p_id=9521)>.

Roberto, A. (2009). A saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade da Beira Interior. Tese de mestrado não publicada, Universidade da Beira Interior, Covilhã.

Roberts, J., & Ciesla, J. (2000). Stress generation in the context of depressive disorders. In G. Fink (Ed.), *Encyclopedia of Stress* (pp. 512-518). New York: Academic Press.

Roberts, R., & Zelenyanski, C. (2002). Degrees of debt. In N. Stanley & J. Manthorpe (Eds.), *Students' Mental Health Needs Problems and Responses* (pp. 107-120). London: Jessica Kingsley.

Roberts, S., & Kendler, K. (1999). Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women. *Psychological Medicine*, 29, 1101-1109.

Robotham, D. (2008). Stress among higher education students: towards a research agenda. *High Educ.* 56, 735-746.

Robotham, D., & Julian, C. (2006). Stress and the higher education student: a critical review of the literature. *Journal of Further and Higher Education*, 30 (2), 107-117.

Rodrigues, M., Farate, C., & Pereira, A. (2010). Adaptação académica e consumo de substâncias psicoactivas em estudantes do ensino superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 440-447). Lisboa: RESAPES-AP.

Rubin, C., Rubenstein, J., Stechler, G., Heeren, T., Halton, A., Housman, D., & Kasten, L. (1992). Depressive Affect in “Normal” Adolescents: Relationship to Life Stress, Family and Friends. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(3), 430-441.

Rudatsikira, E., Muula, A., Siziya, S., & Twa-Twa, J. (2007). Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in rural Uganda. *BMC Psychiatry*, 7(67), 1-6. doi: 10.1186/1471-244X-7-67

Rudd, M. D. (2000). The suicidal mode: A cognitive-behavioral model of suicidality. *Suicide & Life Threatening Behavior*, 30, 18-33.

Sá, D.G.F.; Curto, B.M.; Bordin, I.A.S.; Paula, C.S. (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia Teoria e Prática*, 11(1):179-188.

Sadock, B., & Sadock, V. (2008). *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Sampaio D. *et al.* (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário - as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, 18, (2), pp. 139-155

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.

- Sampaio, D. (1999) - Suicídio Adolescente, *Adolescentes!*, ano 3 (11), pp. 8-10.
- Sampieri, R. (2003). *Metodología de la investigación*. 3ª .Edición. México: Mc Graw-Hill.
- Sánchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice*, 31 (4), pp. 351-358.
- Sang, E. (2009). *Estilos de apego e bem-estar psicológico em adolescentes colegiais: Influência de género e etnia (oriental vs ocidental)*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de São Paulo–São Paulo.
- Santos & Sampaio (1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Santos (2012). Prevenção do suicídio ao redor do mundo: fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança. Santos 2012. In Ordem dos enfermeiros disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial\\_Prevencao\\_Suicidio.aspx](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.aspx)
- Santos J. (2007). *Para-suicídio. O que dizem as famílias. A Emoção Expressa*. Coimbra: Formasau.
- Santos, A., & Alves Júnior, A. (2007). Estress e estratégias de enfrentamento em mestrands de ciências da saúde. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (1), 104-113.
- Santos, L. (2000). *Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos universitários do 1º ano*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Santos, L. (2011). Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes do ensino superior. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2007). *Saúde mental e comportamentos de risco no ensino superior*. Comunicação apresentada nas 1ª Jornadas de Psicologia Clínica: Investigação em Diferentes Contextos. Vila Real, Portugal.

Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008a). Depression in higher education: psychometric investigation and preliminary findings with the Portuguese version of the University Student Depression Inventory [Resumo]. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (2), 104.

Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2008b). Salud mental de estudiantes con y sin apoyo psicológico [Resumo]. In I. Salazar, & V. Caballo (Orgs.), *Actas del II Symposium Internacional sobre Psicología Clínica e de la Salud* (p.19). Granada: Distribuciones Reprográficas Granada S. L.

Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009a). Drinking patterns among Portuguese university students: gender differences and association with self-perception of mental health [Resumo]. In *A Rapidly Changing World – Challenges for Psychology: Abstracts and List of Authors* (p. 135). Oslo: Norway.

Santos, L., Pereira, A., & Veiga, F. (2009b). How's the mental health of higher education students in Portugal? In F. Simões, M. Branco, & E. Oliveira (Coords.), *Actas da 1st International Conference of Psychology and Education*. Covilhã.

Sarafino, E. P., & Ewing, M. (1999). The hassles assessment scale for students in college: Measuring the frequency and unpleasantness of and dwelling on stressful events. *Journal of American College Health*, 48 (2), 75–84.

Saraiva (1997). *Para-suicídio – contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Saraiva (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.

Saraiva (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, (3): 185-205.

Saraiva C , Veiga F , Primavera, R , Carvalho S , Travassos, M Soares, L, Canhão, A. E Torres, O. (1996). Epidemiologia do para suicídio em Coimbra. *Psiquiatria Clínica*, 17(4), 291-296

Saraiva, C. (2006) - Estudos sobre o Para-suicídio: O que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse.

- Sareen, J., Cox, B., Afifi, T., Graaf, R., Asmundson, G., ten Have, M., et al. (2005). Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: A population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1249-1257.
- Schenker, M.; Minayo, M. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1):299-306. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100022>
- Seco, G., Casimiro, M., Pereira, M. I., Dias, M. I., & Custódio, S. (2005). *Para uma abordagem psicológica da transição do ensino secundário para o Ensino Superior: pontes e alçapões*. Leiria: Instituto Politécnico de Leiria.
- Seco, G., Pereira, M. I., Dias, M. I., Casimiro, M., & Custódio, S. (2007). *Construindo pontes para uma adaptação bem sucedida ao ensino superior: implicações práticas de um estudo*. Comunicação apresentada no Congresso Da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação IX, Madeira. Recuperado a 17 de Setembro de 2009 de <http://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/18>
- Secretary's Advisory Committee on National Health Promotion and Disease Prevention
- Selye, H. (1984). *The stress of life*. New York: McGraw Hill, (publicado originalmente em 1956).
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Porto: Quarteto.
- Sharkin, B.S. (1997). Increasing severity of presenting problems in college counseling centers: a closer look. *Journal of Counseling and Development*, March/April, 75, 275-281.
- Sharkin, B.S. (2006). *College students in distress: a resource guide for faculty, staff, and campus community*. New York: The Haworth Press.
- Sharkin, B.S., & Coulter, L.P. (2005). Empirically supporting the increasing severity of college counseling center client problems: why is it so challenging? *Journal of College Counseling*, 8, 165-171.
- Silva, E., Silva, D., & André, S. (2005). A Pequena Sereia: Arquétipo da Adolescência. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 31, 93-99.



Silva, S. L. R., & Ferreira, J. A. G. (2009). Família e ensino superior: que relação entre dois contextos de desenvolvimento? *Exedra*, 1, 101-125.

Silva, S. L. R. (2003). *Adaptação académica, pessoal e social do jovem adulto ao Ensino Superior. Contributos do ambiente familiar e do auto-conceito*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Coimbra, Coimbra.

Silverman, M. M. (2004). College student suicide prevention: Background and blueprint for action. *Student Health Spectrum, (Special Issue)*, 13-20.

Silverman, M. M., Meyer, P. M., Sloane, F., Raffel, M., & Pratt, D. M. (1997). The Big Ten Student Suicide Study: A 10-year study of suicides on Midwestern university campuses. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 285–303.

Simpler, A. H., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Substance use in prison: How much occurs and is it associated with psychopathology? *Addiction Research and Theory*, 13, 5, 503-511.

Siqueira, A., Betts, M., & Dell’Aglio, D. (2006). Redes de Apoio Social e Afetivo de Adolescentes Institucionalizados. *Interamerican Journal of Psychology*, 40(2), 149-158.

Smith, D., & Blackwood, H. (2004). Depression in young adults. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 4-12.

Soares, A. P. (2003). *Transição e adaptação ao ensino superior: construção e validação de um modelo multidimensional de ajustamento de jovens ao contexto universitário*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga.

Soares, A. P., Guisande, M. A., & Almeida, L. S. (2007). Autonomia y ajuste académico: un estudio com estudantes portugueses de premier año. *International Journal of Health and Clinical Psychology*, 7 (3), 753-765.

Soares, A. P., Guisande, M. A., Almeida, L. S., & Páramo, M. F. (2008). Academic achievement in first-year Portuguese college students: the role of academic



preparation and learning strategies. *International Journal of Psychology*, 44 (3), 204-212.

Soares, I. (1996). Representação da vinculação na idade adulta e na adolescência. Estudo intergeracional: mãe-filho(a). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho (2ª edição em 2000).

Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS] (2009). *O Suicídio: Respostas a Questões Frequentes*. Acedido em 21-09-2011 a partir de: <http://www.spsuicidologia.pt/>.

Soet, J., & Sevig, T. (2006). Mental health issues facing a diverse sample of college students: results from the College Student Mental Health Survey. *NASPA Journal*, 43 (3), 410-431.

Song, Y., Huang, Y., Liu, D., Kwan, S., Zhang, F., Sham, P., & Tang, S. (2008). Depression in college: depressive symptoms and personality factors in Beijing and Hong Kong college freshman. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 496-502.

Sousa, F.M.V. (2006) – Prioridades de Investigação em Saúde Mental em Portugal: As perspectivas de um painel delphi de Psiquiatras e Pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24 (1), 103-114.

Souza. M.S. & Batista. M.N. (2008). Associações entre Suporte Familiar e Saúde Mental. *Psicol. Argum. jul./set.*, 26(54), 207-215

Steinberg, L. (1999). *Adolescence*. Boston: McGraw-Hill.

Steinberg, L. (2000). Gallagher Lecture. The Family at Adolescence: Transition and Transformation. *Journal of Adolescent Health*, 27(3), 170-178.

Stewart-Brown, S., Evans, J., Patterson, S., Doll, H., Balding, J., & Regis, D. (2000). The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem? *Journal of Public Health Medicine*, 22, 492-499.

Straub, R. O. (2002). *Health Psychology*. New York, NY: Worth Publishers.

Streiner, DL, Norman, GR (1989). Health measurement scales: a practical guide to their development and use. New York: Oxford Medical Publications

Struthers, C., Perry, R., & Menec, V. (2000). An examination of the relationship among academic stress, coping, motivation and performance in college. *Research in Higher Education*, 41 (5), 581-592.

Suominen, K., Isometsa, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: A 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161, 3, 562-563.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 5, 531-554.

Taveira, M. C. (2001). O papel da universidade na orientação e desenvolvimento dos alunos: contributos para um modelo de intervenção psicoeducacional. *ADAXE – Revista de Estudos e Experiências Educativas*, 17, 65-77.

Taveira, M. C., Maia, A., Santos, L., Castro, S., Couto, S., Amorim, P., Guimarães, C. (2000). Apoio psicossocial na transição para o Ensino Superior: um modelo integrado de serviços. In A. P. Soares, A. Osório, J. V. Capela, L. S. Almeida, R. M. Vasconcelos, & S. Caires (Eds.), *Transição para o ensino superior* (pp. 223-229). Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico.

Teixeira, M., Dias, A. C., Wottrich, S., & Oliveira, A. (2008). Adaptação à universidade de jovens calouros. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)*, 12 (1), 185-202.

Thompson, E. [et al.] (2005). The Mediating Roles of Anxiety, Depression and Hopelessness on Adolescent Suicidal Behaviours. *Suicide and Life Threatening Behavior*. Vol. 35, nº 1, p. 14-34.

Thompson, R., Proctor, L., English, D., Dubowitz, H., Narasimhan, S., & Everson, M. (in press). Suicidal ideation in adolescence: Examining the role of recent adverse experiences. *Journal of Adolescence*. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.03.003

- Tillfors, M., & Furmark, T. (2007). Social Phobia in Swedish university students: Prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(1), 79-86. doi: 10.1007/s00127-006-0143-2
- Toro, D.C.; Paniagua, R.E.; González, C.M.; Montoya, B. (2009). Caracterización de adolescentes escolarizados con riesgo de suicidio, Medellín, 2006. *Revista da Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(3):302-308.
- Tsai, W. [et al.] (2010) –The effects of the suicide awareness program in enhancing community volunteers' awareness of suicide warning signs. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 24, nº 1, p. 63-68.
- Turner, A., Hammond, C., Gilchrist, M., & Barlow, J. (2007). Coventry university students' experiences of mental health problems. *Counselling Psychology Quarterly*, 20 (3), 247-252.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N., & Ekeberg, Ø. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 69-79.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N., & Ekeberg, Ø. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 69-79.
- Vaez, M., & Laflamme, L. (2008). Experienced stress, psychological symptoms, self-rated health and academic achievement: a longitudinal study of Swedish university students. *Social Behavior and Personality*, 36 (2), 183-196.
- Vaez, M., Kristenson, M., & Laflamme, L. (2004). Perceived quality of life and self-rated health among first-year university students. *Social Indicators Research*, 68, 221-234.
- Van Heeringen, C. (2001). Understanding suicidal behavior: The suicidal process approach to research, treatment and prevention. Chichester: Wiley.
- Van Heeringen, C., & Marusic, A. (2003). Understanding the suicidal brain. *British Journal of Psychiatry*, 18, 3, 282-284.

- Van Heyningen, J. J. (1997). Academic achievement in college students: What factors predict success? Dissertation Abstracts International Section A: *Humanities & Social Sciences*, 58 (6-A), 2076.
- Vaz Serra, A. (1986) - O inventário clínico de auto-conceito. *Psiquiatria clínica*. Coimbra. Vol. 7, n.º2. pp. 67-84
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21 (4), 261-278.
- Vaz Serra, A. (2007). *O stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Edição do autor, Distribuidora Dinapress.
- Vaz Serra, A. Pocinho, F. (2001) - Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria clínica*. Coimbra. Vol. 22, n.º 1, pp. 9-21
- Veiga A & Saraiva C (2003). Age patterns of suicide: identification and characterization of european clusters and trends. *Crisis*, 24(2), 56-67.
- Veiga, F.H. (1995) - Transgressão e auto-conceito dos jovens na escola. Investigação diferencial. Coleções Margens: Fim de século Edições.
- Veríssimo, A. C., Costa, A. R., Gonçalves, E., & Araújo, F. (2010). Níveis de stress no Ensino Superior. In A. S. Pereira, H. Castanheira, A. C. Melo, A. I. Ferreira, & P. Vagos (Eds.), *Apoio Psicológico no Ensino Superior: Modelos e Práticas – I Congresso Nacional da RESAPES-AP* (pp. 539-545). Lisboa: RESAPES-AP.
- Vieira, A. (1995). Adolescência e Depressão. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 12, 54-57.
- Vieira, K. F. L. (2008). Depressão e suicídio: Uma abordagem psicossociológica no contexto académico. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba.
- Vieira, L.J.E.S.; Freitas, M.L.V.; Pordeus, A.M.J.; Silva, J.G.E (2009). Amor não correspondido: Discursos de adolescentes que tentaram o suicídio. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(5):1825-1834. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000500024>

- Walsh, E.; Eggert, L. (2007) – Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing*. Vol. 16, p. 349-359.
- Wasserman D, Cheng Q, (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry*, 4:114-20.
- Wasserman, D. (2001). Suicide: an unnecessary death. Martin.Dunitz: Stockholm.
- Watanabe, N. (1999). A survey on mental health of university students in Japan. *International Medical Journal*, 6, 175-179.
- Wearden, A., Perryman, K., & Ward, V. (2006). Adult attachment, reassurance seeking and hypochondriacal concerns in college students. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 877-886. doi: 10.1177/1359105306069086
- Webster, G. (1996). The epidemiology of attempted suicide and suicidal ideation: An analysis of the Ontario health survey and the Ontario health supplement. M.S. Thesis. University of Toronto, Toronto.
- Werlang, B., & Botega, N. (2004). *Comportamento Suicida*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Werlang, B.S.G.; Borges, V.R.; Fensterseifer, L. (2005) - Factores de Risco ou Protecção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência, *Revista Interamericana de Psicologia*, Porto Alegre, v.39, nº2, p. 259-266.
- Werlang; Borges; Fensterseifer (2005) Indícios de Potencial Suicida na Adolescência. *Psicologia Revista*, São Paulo, vol. 14, n. 1: 41-58.
- Wilcox, H., Arria, A., Caldeira, K., Vincent, K., Pinchevsky, G., & O'Grady, K. (2010). Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 287-294. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.017
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S. (2006). Web-based survey of depression, anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.

World Health Organization & International Association For Suicide Prevention (2012). [Em linha]. [Consult. 20 ago. 2012]. Disponível em <http://www.iasp.info/wspd/index.php>.

World Health Organization (2009) – World Suicide Prevention Day Media Release: Suicide Prevention (Supre). [Em linha]. [Consult. 12 jun. 2011 ]. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/).

World Health Organization [WHO]. (2006). *Alcohol use and abuse: what you should know* (alcohol control series nº4). New Delhi, India: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia.

World Health Organization [WHO]. (2007a). *Mental health: strengthening mental health promotion* (Fact Sheet No. 220). Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>

Wyeth, C. (2008) – An exploration of suicide in the adult population. *Nursing Journal*. Nº 12, p. 44-47.

Wyman, P. [et al.] (2010) – An outcome evaluation of sources of strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *American Journal of Public Health*. Vol. 100, nº 9, p. 1653-1661.

Yoo, J. (2011). *Insecure attachment, self-discrepancy, and suicidal tendency in a sample of Korean and Korean-American: A path model of suicide*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade de Liberty–Lynchburg

## 7. ANEXOS





## **ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**





INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR  
**UNIVERSIDADE DO PORTO**

## **INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

### **[Avaliação do risco de suicídio em estudantes do Ensino Superior Politécnico: Prevalência e factores associados]**

No âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), da Universidade do Porto, estamos a realizar um estudo sobre "Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: Prevalência e factores associados". Esta investigação é subsidiada pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior (MCTES), através do programa especial de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico (PROTEC), sob a coordenação/orientação da Prof. Doutora Paula Freitas e pelo Prof. Doutor Carlos Sequeira. Através deste instrumento de colheita de dados, pretendemos obter informações relativas à caracterização sócio-demográfica e académica dos estudantes do Instituto Politécnico de Viseu (IPV), bem como sobre alguns dos seus pensamentos, sentimentos e atitudes que possam estar relacionadas com o risco de suicídio. Para esse efeito serão incluídas algumas escalas adaptadas e validadas para a população portuguesa. Não existem respostas certas ou erradas, a melhor resposta é aquela que está mais próxima daquilo que sente. Por favor responda o mais honestamente possível, pense cuidadosamente e leve o tempo que for necessário, uma vez que da sua sinceridade e da ponderação das suas respostas dependerá a validade desta investigação. Os dados fornecidos apenas serão utilizados no âmbito do referido estudo, garantindo a confidencialidade dos mesmos. Os resultados poderão ser facultados a todos aqueles que o solicitarem. Por toda a colaboração prestada, manifestamos desde já o nosso agradecimento. O Investigador Principal: Amadeu Matos Gonçalves ([agoncalves@essv.ipv.pt](mailto:agoncalves@essv.ipv.pt))

**Nota - As perguntas assinaladas com \* são de resposta obrigatória**

## **I - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**1 - Idade \***

**2 - Sexo \***

☐

Masculino

☐

Feminino

**3 - Zona de residência \***

☐

Urbana

☐

Rural

**4 - Estado civil \***

☒

Solteiro

☐

Casado

☐

União de Facto

☐

Divorciado

**5 - Coabitação em tempo de aulas \***

☐

Com os Pais

☐

Com Familiares

☐

Com Colegas/Amigos

☐

Sozinho

☐

Outra:

## **II - CARACTERIZAÇÃO ACADÉMICA**

**1 - Unidade Orgânica/Escola \***

☐

ESTGV

☐ ESEV

☐ ESSV

☐ ESAV

☐ ESTGL

**2 - Curso que frequenta \***

**3 - Ano que frequenta \***

**4 - É trabalhador estudante? \***

☐ Sim

☐ Não

**5 - Já reprovou alguma vez? \***

☐ Sim

☐ Não

**5.1 - Se respondeu Sim na pergunta anterior indique o nº de reprovações**

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Mais de 3

**6 - Alguma vez mudou de curso? \***

☐ Sim

☐ Não

**6.1 - Se respondeu Sim na pergunta anterior indique o nº de vezes**

☐ 1

☐ 2

☐ 3

☐ Mais de 3

**7 - Frequenta o curso pretendido? \***

☐ Sim

☐ Não

**8 - O curso que frequenta corresponde às suas expectativas? \***

☐ Sim

☐ Não

**9 - Como classifica o seu desempenho académico \***

☐ Excelente

☐ Muito Bom

☐ Bom

☐ Suficiente

☐ Insuficiente

☐ Mau

**10 - Possui um bom relacionamento com:**

*10.1 - Professores*

☐ Sim

☐ Não

*10.2 - Colegas*

☐ Sim

☐ Não

*10.3 - Pessoal não docente*

☐ Sim

☐ Não

### III - COMPORTAMENTOS ADITIVOS

#### 1 - Hábitos Tabágicos \*

☐ Sim

☐ Não

1.1 - Se respondeu Sim, há quanto tempo fuma? (anos/meses)

1.2 - Nº de cigarros por dia

#### 2 - Habitualmente consome bebidas alcoólicas? \*

☐ Sim

☐ Não

2.1 - Se respondeu Sim, com que idade começou a beber? (anos)

Habitualmente que tipo de bebidas consome?

☐ Cerveja

☐ Vinho

☐ Bebidas espirituosas/destiladas (whisky, licores, aguardente, etc.)

☐ Outra:

#### 2.2 - Com que frequência as consome? \*

☐ Diariamente

☐ 2 a 3 vezes por semana

☐ Apenas ao fim de semana

☐ Raramente

#### 3 - Qual ou quais das seguintes substâncias, já consumiu pelo menos uma vez:

☐ Cannabis

☐ Haxixe

☐ Erva

☐ Liamba Marijuana

☐ Ecstasy

☐ Anfetaminas

☐ Cocaína

☐ Heroína

☐ LSD

☐ Outra:

**4 - Que idade tinha quando consumiu essa substância pela 1ª vez?**

**É consumidor habitual? \***

☐ Sim

☐ Não

**4.1 - Se respondeu Sim, com que frequência o faz?**

☐ Diariamente

☐ 2 a 3 vezes por semana

☐ Ocasionalmente

☐ Raramente

**5 - Habitualmente consome medicamentos com e/ou sem prescrição médica \***

☐ Sim

☐ Não

**5.1 - Se respondeu Sim, de que tipo?**

☐ Sedativo/Tranquilizante

☐ Indutor do sono/Hipnótico

☐ Antidepressivo

☐ Analgésico

☐ Outra:



### 5.2 - Qual o nome do(s) medicamento(s)?

EXEMPLOS: (Ansilor®, Lorsedil®, Lorenin®, Lexotan®, Ultramidol®, Xanax®, Valium®, Unisedil®, Metamidol®, Bialzepam®, Dormicum®, Rohipnol®, Medipax®, Kainever®, Atarax®, Normisson®, Halcion®, Bened®, Morfex®, Dormanoct®, Prozac®, Zoloft®, Seroquel®, Medipax®, Ritalin®, Arcalion®, Pridana®, Forticol®, Cerbon®, etc.)

### 5.3 - Com que frequência toma esses medicamentos?

☐

Diariamente

☐

2 a 3 vezes por semana

☐

Ocasionalmente

☐

Raramente

### 5.4 - Refira o(s) motivo(s) que o levaram à adopção desses consumos.

## IV - ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS COM A SAÚDE/DOENÇA MENTAL

### 1 - Tem história familiar de doenças psiquiátricas? \*

☐

Sim

☐

Não

#### 1.1 - Se respondeu Sim refira o parentesco

☐

Pai

☐

Mãe

☐

Irmãos

☐

Avós

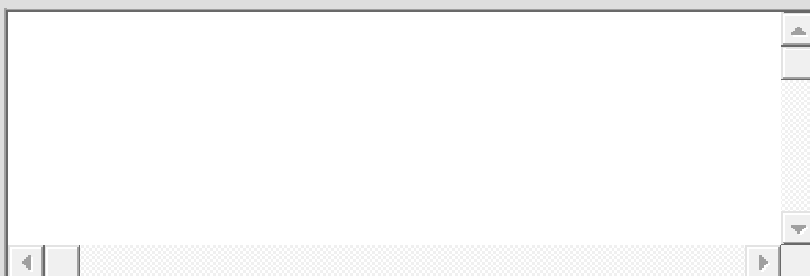
☐

Tios

☐

Primos

## 1.2 Qual/Quais o(s) problema(s)/doença(s)?



## 2 - Alguma vez consultou um profissional de saúde por sintomas relacionados com a saúde mental? \*

☐ Sim

☐ Não

### 2.1 - Se respondeu Sim indique qual/quais o(s) motivo(s):

☐ Stress

☐ Ansiedade

☐ Depressão

☐ Distúrbios do Sono

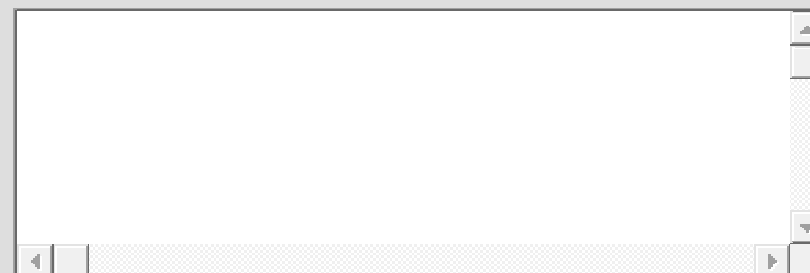
☐ Outra:

## 3 - Alguma vez esteve internado devido a problemas psiquiátricos ou de saúde mental? \*

☐ Sim

☐ Não

### 3.1 - Se respondeu Sim na pergunta anterior, refira o(s) motivo(s) que o levaram ao Internamento.



**4 - Alguma vez fez medicação para sintomas relacionados com problemas psiquiátricos? \***

☐ Sim

☐ Não

**5 - Actualmente, faz alguma medicação para sintomas relacionados com problemas psiquiátricos? \***

☐ Sim

☐ Não

**5.1 - Se respondeu Sim na pergunta anterior, especifique:**

☐ Medicamentos para as dores

☐ Medicamentos para dormir

☐ Medicamentos para a depressão

☐ Medicamentos para a ansiedade

☐ Medicamentos para psicose

☐ Outra:

## V - INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(A. VAZ SERRA)

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda verdadeira, espontânea e rapidamente a cada uma delas. Ao dar a resposta considere, sobretudo, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento. Assinale o círculo que pense que se lhe aplica de forma mais característica.

\*

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
1-Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Costumo ser franco e exprimir as minhas opiniões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
3-Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Considero-me competente naquilo que faço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que me apetece.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-A minha maneira de ser leva-me a sentir-me na vida com um razoável bem-estar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores Associados

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Muito	Concordo Muitíssimo
17-Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## VI - ESCALA DE SATISFAÇÃO COM O SUPORTE SOCIAL/FAMILIAR (Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações. Assinale o círculo que melhor qualifica a sua forma de pensar. \*

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo Totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores

	Concordo Totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo Totalmente
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## VII - ESCALA DE VINCULÇÃO DO ADULTO

(M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da Adult Attachment Scale-R; Collins & Read, 1990)

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente relativamente às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação. \*

Nada característico de mim	Pouco característico de mim	Característico de mim	Muito característico de mim	Extremamente característico de mim
----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores Associados

	Nada característico de mim	Pouco característico de mim	Característico de mim	Muito característico de mim	Extremamente característico de mim
1-Estabeleço com facilidade relações com as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Não me preocupa pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7-Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros se realmente se importam comigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Nada característico de mim	Pouco característico de mim	Característico de mim	Muito característico de mim	Extremamente característico de mim
14-Quando precisar sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## VIII - ESCALA DE RISCO DE SUÍCIDIO

**Critérios de diagnóstico ( Mini International Neuropsychiatric Interview), Versão Portuguesa 5.0.0 (Guterres, T.; Levy, P. & Amorim, P.; 1999)**

### 1 - Durante o último mês \*

- ☐ Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)?
- ☐ Quis fazer mal a si próprio?
- ☐ Pensou em suicidar-se?
- ☐ Pensou numa maneira de se suicidar?
- ☐ Tentou o suicídio?
- ☐ Nunca pensou nisso

### 1.1 - Ao longo da vida...

#### Já fez uma tentativa de suicídio? \*

- ☐ Sim
- ☐ Não



## IX - QUESTIONARIO DE IDEACÃO SUICIDA

[Adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999)]

Seguidamente encontra-se uma listagem de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve no mês passado. Para responder, assinale com uma cruz (X), a resposta que melhor descreve o seu pensamento relativamente ao último mês. ESCALA DE RESPOSTA: 0-Nunca 1-Pensei nisto mas não no último mês 2-Cerca de uma vez por mês 3-Duas vezes por mês 4-Cerca de uma vez por semana 5-Duas vezes por semana 6-Quase todos os dias

1. Pensei que seria melhor não estar vivo. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

2. Pensei suicidar-me. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

3. Pensei na maneira como me suicidaria. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

4. Pensei quando me suicidaria. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

5. Pensei em pessoas a morrerem. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

6. Pensei na morte. \*

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**7. Pensei no que escrever num bilhete sobre o suicídio. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**8. Pensei em escrever um testamento. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**12. Desejei estar morto(a). \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a). \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**16. Desejei ter coragem para me matar. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**17. Desejei nunca ter nascido. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**20. Pensei em matar-me, mas não o faria. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**21. Pensei em ter um acidente grave. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**22. Pensei que a vida não valia a pena. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a). \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**27. Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**28. Perguntei-me se teria coragem para me matar. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**30. Desejei ter o direito de me matar. \***

	0	1	2	3	4	5	6	
Nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quase todos os dias

**X - ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS**

[de P. F. Lovibond e S. H. Lovibond, 1995, traduzida e adaptada por Ribeiro, Honrado, e Leal (2004)]

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto \*

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1-Tive dificuldades em me acalmar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-Senti a minha boca seca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3-Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4-Senti dificuldades em respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5-Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6-Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avaliação do risco de suicídio em estudantes do ensino superior politécnico: prevalência e fatores

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Apliou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
7-Senti tremores (por ex., nas mãos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8-Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9-Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10-Senti que não tinha nada a esperar do futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11-Dei por mim a ficar agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12-Senti dificuldade em me relaxar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13-Senti-me desanimado e melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14-Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15-Senti-me quase a entrar em pânico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16-Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17-Senti que não tinha muito valor como pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18-Senti que por vezes estava sensível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19-Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20-Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21-Senti que a vida não tinha sentido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## XI - INVENTÁRIO DE ACONTECIMENTOS DE VIDA NEGATIVOS [adaptado de Brás & Cruz (2008)]

Apresenta-se de seguida, uma lista de acontecimentos que pode ter experienciado ao longo da sua vida e cujas consequências podem variar de indivíduo para indivíduo. Assinale, de forma sincera, os acontecimentos que vivenciou durante o último ano e caracterize o tipo de impacto/consequências que os mesmos tiveram para si. Conforme: 1- **Nenhum** 2-**Negativo mas também positivo** 3-**Ligeiramente negativo** 4-**Moderadamente negativo** 5-**Extremamente negativo**

### 1 - Ocorreram separações de pessoas significativas? \*

☐ Sim

☐ Não

#### 1.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

### 2 - Sofreu negligência física e/ou psicológica? \*

☐ Sim

☐ Não

#### 2.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

### 3 - Sofreu abuso físico e/ou sexual? \*

☐ Sim

☐ Não

#### 3.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

#### 4 - Ocorreu abuso psicológico? \*

☐ Sim

☐ Não

##### 4.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

#### 5 - O seu ambiente familiar tornou-se disfuncional? \*

☐ Sim

☐ Não

##### 5.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

#### 6 - Teve dificuldades económicas? \*

☐ Sim

☐ Não

##### 6.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

#### 7 - Mudou de residência? \*

☐ Sim

☒ Não

##### 7.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo



**8 - Ocorreram problemas de saúde físicos e/ou psicológicos? \***

☐

Sim

☐

Não

**8.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

1 2 3 4 5

Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**9 - Ocorreram problemas de saúde físicos e/ou psicológicos entre os familiares próximos? \***

☐

Sim

☐

Não

**9.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

1 2 3 4 5

Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**10 - Ocorreu doença ou acidente grave de familiar próximo? \***

☐

Sim

☐

Não

**10.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

1 2 3 4 5

Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**11 - Ocorreu doença ou acidente grave de um amigo? \***

☐

Sim

☐

Não

**11.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

1 2 3 4 5

Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo
--------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

**12 - Ocorreu morte de familiar próximo? \***

☐ Sim

☐ Não

**12.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

**13 - Ocorreu morte de amigo(a) próximo(a)? \***

☐ Sim

☐ Não

**13.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

**14 - Terminou a relação com namorado(a)? \***

☐ Sim

☐ Não

**14.1 - Se respondeu Sim caracterize o impacto/consequências que as mesmas tiveram para si**

	1	2	3	4	5	
Nenhum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Extremamente negativo

**Nota:**

SE TENS ALGUM AMIGO/CONHECIDO COM PENSAMENTOS OU COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS, OU SE TE SENTES EM DIFICULDADES E TE CONSIDERAS UM POTENCIAL SUICIDA PROCURA AJUDA EM: SOS ESTUDANTE/COIMBRA 808 200 204

**FIM**

Obrigado pela colaboração.  
Não se esqueça de clicar em enviar.

## **ANEXO II – PRODUÇÃO/DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**

## PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS

Gonçalves, A.; Freitas, P. ; Sequeira, C. ; Duarte, J. C.; (2014). Suicidal ideation on higher education students: influence of some psychosocial variables. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **(Submetido para publicação em Março, 2014)** no prelo.

Gonçalves, A.; Freitas, P. ; Sequeira, C. (2013). *Sel-concept and suicidal ideation on third level education students*. *Atención Primaria*, 45 (Esp cong 1), p. 101. Available in [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap).

Gonçalves, A. ; Cabral, L.; Duarte, J. (2013). Higher education students mental health: Influence of some socio-demographic, academic and behavioural variables. *Atención Primaria*, 45 (Esp cong 1), p. 101 a 102. Available in [www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap).

Cabral, L; Gonçalves, A; Tomé, D; (2012) – “*Violência no namoro em estudantes do ensino superior*”. *Chaves/Utad*: Livro de resumos do Congresso Ibérico: contextos de investigação em saúde, 1ª edição, Abril 2012, ISBN: 978-989-97708-0-5, pp. 101-114.

Gonçalves, A.; Freitas, P.; Sequeira, C. (2012) – “*Autoconceito, padrões de vinculação e ideação suicida em estudantes de enfermagem*”; in livro de resumos/suporte digital, do XII Encontro de pesquisadores em saúde mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica, Universidade de S. Paulo – Brasil.

Gonçalves, A.; Freitas, P.; Sequeira, C. (2011) – “*Comportamentos suicidários em estudantes do ensino superior: fatores de risco e de proteção*”. Viseu: Revista Millennium, Número 40, pp. 149-159.

## COMUNICAÇÕES E CONFERÊNCIAS EM CONGRESSOS

Gonçalves, A. (2013) – **Conferência:** *“Depressão com tentativa de suicídio: caso clínico”*, Apresentada no IV Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, com a temática central “Padrões de qualidade em saúde Mental, Organizado pela ASPESM/ESEP/ Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – Coimbra 10 e 11 de Outubro de 2013.

Gonçalves, A. (2013) – **Conferência:** *“Promoção da saúde e a prevenção da depressão e suicídio”*, Inserida no Painel I – Programas de Promoção de saúde mental, Seminário sobre saúde Mental, Organizado pela ASPESM/ESEP; Escola Superior de Enfermagem do Porto – Porto, 12 de Julho de 2013.

Gonçalves, A.; Freitas, P.; Sequeira, C. (2013) - **Comunicação Oral:** *Self-concept and suicidal ideation on third level education students*. Apresentada no I World Congress of children and youth health behaviors, IPV/ESSViseu, Viseu - Portugal. (23-25 May 2013).

Gonçalves, A.; Cabral, L.; Duarte, J. (2013) - **Comunicação Oral** *Higher education students’s mental health: Influence of some socio-demographic, academic and behavioural variables*. Apresentada no I World Congress of children and youth health behaviors, IPV/ESSViseu, Viseu - Portugal. (23-25 May 2013).

Gonçalves, A.; Cabral, L.; Duarte, J. (2013) - **Comunicação Oral.** *Self-concept, Attachment Patterns And suicide Ideation In Nursing Students* Apresentada no I World Congress of children and youth health behaviors, IPV/ESSViseu, Viseu - Portugal. (23-25 May 2013).

Gonçalves, A.; Freitas, P.; Sequeira, C. (2013) – **Conferência/mesa redonda** *“Investigação em suicidologia”* Inserida no XII Simpósio da Sociedade Portuguesa de Suicidologia subordinada ao tema *“Comportamentos suicidários: Investigar para*

*melhor conhecer e intervir*"; Instituto Politécnico de Bragança (27 de abril de 2013).

Gonçalves, A. (2012) – **Comunicação Oral** “*Fatores de risco e de proteção de comportamentos suicidários*”; Apresentada no III Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental: Da Investigação á prática clínica, Universidade Católica – Porto (10 a 12 outubro 2012);

Gonçalves, A. (2012) – **Comunicação Oral** “*Autoconceito e ideação suicida em estudantes do Ensino superior Politécnico*”; Apresentada no I Congresso Ibérico: Contextos de Investigação em saúde, UTAD, Chaves - Portugal. (27/28 de abril 2012);

Gonçalves, A. (2012) – **Comunicação Oral** “*Autoconceito, padrões de vinculação e ideação suicida em estudantes de enfermagem*”; Apresentada no “XII Encontro de pesquisadores em saúde mental e especialistas em Enfermagem Psiquiátrica”, Universidade de S. Paulo – Brasil. (4 a 6 de Junho de 2012);

## **ANEXO III - PEDIDOS DE AUTORIZAÇÃO**





Porto, Março de 2014



(Amadeu Matos Gonçalves)